

Friedrich Ingwersen

Der schwierige Patient

Ich möchte einige Werkstatt-Erfahrungen aus der Klinik zu dem Spezialthema „Schwieriger Patient“ beisteuern. Diese Erfahrungen kommen zwar vorwiegend aus der Klinik – wenn auch nicht nur –, aber ich bin mir sicher, dass sie auch für ambulant tätige Kolleg(inn)en nützlich sind, weil solche Patienten ja – wenn auch nicht so gehäuft wie in der Klinik – zunächst meistens ambulant tätige Aufsteller und Therapeuten aufsuchen.

Wenn ich auch vorwiegend aus der Klinik berichte, so geschieht dies doch unter Berücksichtigung dessen, was für den ambulant tätigen Praktiker interessant sein dürfte.

Zunächst: Wann sagen wir, ein Patient sei schwierig? Konstruktivistisch orientierte Kollegen neigen dazu, die Idee von der Schwierigkeit gekonnt zu dekonstruieren, nämlich auf diese Weise: „Es gibt keine schwierigen Klienten, es gibt nur besser oder weniger gut angepasste Arbeitshypothesen.“ Das Heidelberger konstruktivistisch-systemische Team um Professor Helm Stierlin pflegte in den Achtziger-jahren bei einer Familie, die man offenbar schwierig fand, zu sagen: „Die sind aber fit.“ Oder: „Die sind gut.“ So hat man diese Schwierigkeit klassifiziert, wie ein Sportler einen potenten Herausforderer einstuft, nämlich als „gut“. Das ist eine nützliche Form der Problembeschreibung, durch die ich eine Chance habe, der schwächenden Selbstabwertung zu entgehen, wenn mich gerade der Gedanke packt, dass ich die Problematik dieses Patienten schwierig finde.

Ich meine, dieses Erleben von Herausforderung durch „Schwieriges“ kommt Therapeuten bei einem Patienten immer dann, wenn vorauszusehen ist, dass diese Proble-

matik beide – Patienten und Therapeuten – früher oder später in eine Situation bringen wird, in der ein Wagnis von beiden gefordert werden wird. Vielleicht handelt es sich um einen Patienten, der die Therapie schwer entwertet oder der mit Abbruch droht oder mit einer Kunstfehleranzeige, oder um einen, der den Therapeuten durch seinen Rückfall in süchtiges Verhalten herausfordert. Oder das Verhalten eines Patienten lässt eine baldige Affekthandlung, vielleicht einen Suizidversuch, befürchten.

Durch solches vom Therapeuten als schwierig erlebtes Patientenverhalten findet er sich in eine ethische Entscheidungssituation gebracht, in der er etwas wagen muss, in der er also eine Intervention auswählen muss, die Risiken für den Patienten oder den Therapeuten oder beide enthält. Diese Risiken können für den Patienten ein ausbleibender Therapieerfolg, eine Symptomenverschlechterung oder sogar eine Verschärfung der Suizidgefahr sein. Für den Therapeuten können die Risiken in dem Verlust des Vertrauens seines Patienten, in einem Kunstfehlerprozess und damit in Verlusten hinsichtlich seines Ansehens oder auch – schlimmstenfalls – im Suizid seines Patienten bestehen.

Dasjenige, was ein Therapeut in der Problematik seines Klienten als das Schwierige erlebt, ist – so meine ich – die Tatsache, dass der Therapeut nicht zwischen gewagten Interventionen und risikofreien Interventionen wählen kann – es stehen ihm nur gleichermaßen gewagte Optionen zur Verfügung.

→

Zum Beispiel findet er sich bei einem ihn stark entwertenden Patienten in der Situation, dass er ohne gewagtes Handeln nicht aus der Beziehungsfalle herauskommt. Ein Hinnehmen der Entwertung kann dazu führen, dass der Patient den Therapeuten nicht mehr lange achtet. Therapeutisches Reagieren in irgendeiner Form, sei es Metakommunizieren, Deuten oder Konfrontieren oder auch wohl dosiertes Provizieren, kann ebenso leicht zum Therapieabbruch durch den Patienten führen.

Ein anderes Beispiel: Auch bei einem akut suizidalen Patienten kann ein Therapeut nur solche Entscheidungen treffen, von denen jede für sich eigene Risiken enthält: Veranlasst er es, dass ein hinzugezogener Psychiater eine Zwangseinweisung in die Psychiatrie herbeiführt, kann es geschehen, dass der Patient sich eben wegen dieser Zwangsmaßnahme auf der geschlossenen Station umzubringen versucht. Arrangiert der Therapeut statt der Zwangseinweisung ein Bündel von weniger eingreifenden und demütigenden Interventionen, wie zum Beispiel eine enge Anbindung an den Sozialpsychiatrischen Dienst und/oder das Elternhaus, verbunden mit häufigen psychotherapeutischen Gesprächskontakten, dann besteht das Risiko darin, dass der Patient dies doch als zu wenig Halt gebend empfindet, sodass er auf diesem Wege einer weiteren Zunahme der Suizidgefahr ausgeliefert wird.

Carlos Castaneda lässt seinen literarischen Schamanen Don Juan äußern, dass ein Heiler sich unter bestimmten Umständen als ein „Krieger“ zu verstehen habe, also als einer, der in allen Konsequenzen damit einverstanden sei, dass eine gute Entscheidung erst an einer äußersten Grenze – fern von Sicherheit – möglich werde. Therapeutisches Handeln und handlungsfähig bleiben wie ein „Krieger“ nach Castaneda verstehe ich so, dass wir unseren Patienten, zumal unseren als „schwierig“ erlebten Patienten, genau diese Abwägung aus einer ethischen Sicht schuldig sind: Welcher Weg erscheint in dieser Situation heilsamer, erfolgversprechender und schonender?

Eine solche Wahl zwischen verschiedenen Risiken ist meines Erachtens dann ethisch, wenn sie vor dem Hintergrund von fachlicher Kompetenz und Erfahrung sorgfältig abgewogen ist.

Manchmal ist das von uns als schwierig Erlebte an einem Behandlungsfall ein besonderes und auch schweres Schicksal dieses Patienten oder seiner Familie, sodass nur noch – wie Bert Hellinger es umschreibt – eine innere Verneigung des Therapeuten vor diesem Schicksal angemessen scheint. Auch das ist zweifellos genauso ein Wagnis, wenn man sich entsprechend respektvoll zurücknimmt, statt dass man sich für irgendeine aktive Intervention entscheidet – zum Beispiel indem man eine Familienaufstellung oder aber eine Psychopharmakotherapie anbietet – zwei von vielen

anderen Interventionsmöglichkeiten, die ja alle ihre eigenen Risiken bergen.

Natürlich kommt hier auch der Gesichtspunkt zum Tragen, dass Therapeut und Klient gemeinsam herausfinden und unter Umständen miteinander aushandeln müssen, wer von beiden welchen Anteil an der Verantwortung zu tragen bereit ist für das gemeinsame Wagnis einer Behandlung.

Wenn man als Therapeut in eine solche Situation gerät, in der man einen Patienten also als „schwierig“ erlebt, weil abzusehen ist, dass ihm nur riskante Alternativen zur Verfügung stehen, dann ist es sicherlich besser, wenn er eine möglichst große Zahl an Optionen hat. Daher möchte ich jetzt im Folgenden eine Reihe von Erfahrungen über typische Muster bringen, durch die wir uns in Klinik und Ambulanz mehr oder weniger mit dem Rücken an der Wand gesehen haben und für die wir verschiedene therapeutische Verhaltensweisen erprobt haben.

Das Hauptaugenmerk dieses Artikels konzentriert sich also auf das Vorfeld vor einer eventuellen Systemaufstellung, in welchem es gilt, in eine hinreichend tragende Arbeitsbeziehung mit dem Patienten zu gelangen, bevor man ihm etwas so Veränderungswirksames wie eine Aufstellung anbietet.

Suizidalität

Das zweifellos am meisten belastende Muster, dem man als Therapeut begegnet, ist natürlich dann gegeben, wenn ein Patient offen oder implizit mit dem Suizid droht. Suizidalität ist ein Thema, welches die Behandler in ambulanter Tätigkeit und Kliniken schon immer außerordentlich in Anspruch genommen hat, weil sie zweifellos für unerfahrene wie erfahrene Therapeuten den größten fachlichen und gewissenmäßigen Stress verursacht. Selbstgefährdende Krisen werden sicherlich in jeder Psychotherapie – egal welcher methodischen Ausrichtung – sowohl vom Patienten als auch vom Behandler durch beidseits stimulierte Angstfantasien wie „Beziehungsterror“ erlebt. Dieser kann zu verdeckten Machtkämpfen und beidseitigem verdecktem aggressivem Verhalten führen bis hin zum „masochistischen Triumph“ des Patienten, indem er die Psychotherapie entweder durch den vollzogenen Suizid oder durch präsuizidale Handlungen scheitern lässt. Letztere führen dann notwendig zu einer Zwangseinweisung aus der offenen psychosomatischen Klinik oder aus einer ambulanten Behandlung in eine geschlossene psychiatrische Abteilung, was dann häufig von vielen Patienten als ein eigentliches Scheitern der Psychotherapie gewertet wird.

Grundsätzlich war das Instrument der Systemaufstellung zweifellos schon für viele Patienten, die an der Tendenz zum Suizid litten, von größtem Wert für eine Lösung und

auch Rettung – die Aufstellung kann gerade hier eine Methode der Wahl sein. Allerdings verbietet sich diese Methode in einer Krankheitsphase, in der dem Fachmann deutlich ist, dass der Patient gerade von intensiven Suizidgedanken und -fantasien in Anspruch genommen ist, in der mithin eine Überforderung durch Konfrontation mit konfliktgeladenen Themen droht, sodass der genannte autodestruktive Machtkampf leicht eskalieren kann.

Die Klinik Rastede, die ich von ihrer Gründung 1996 bis zum April 2004 ärztlich geleitet habe², hatte in Bezug auf Suizidalität zweifellos sehr viel Glück, da wir trotz einer Gesamtfallzahl von rund 3500 keinen vollzogenen Suizid im Hause hatten. Allerdings kam es bei einer großen Zahl unserer Patienten nicht selten in den ersten Behandlungstagen zu einer Symptomverschlimmerung von Depressionen, Ängsten und so weiter – und eben auch von Suizidalität, und von letzterer sogar besonders häufig. Denn die Einweisung und Aufnahme in den relativ geborgenen Rahmen einer Fachklinik stellen für das Subjektive des Patienten zweifellos immer auch eine implizite Einladung und Erlaubnis zum Loslassen – ja zum Regredieren – dar. Diese Häufung von subakut suizidalen Patienten hatte uns gleich nach Klinikgründung zu einer Konzeptanpassung genötigt. Diese wird in meinem neuen Tätigkeitsfeld, der Privatklinik Bad Zwischenahn (Eröffnung April 2005), gleichermaßen angewandt. Im Folgenden stelle ich sie im Einzelnen vor.

Wir sind davon abgekommen, mit unseren Patienten die von vielen Therapeuten genutzten so genannten Anti-Suizid-Verträge zu schließen. Ein solches Vertragsschema lautete früher in der Klinik:

Der Patient verpflichtete sich, statt sich etwas anzutun, rechtzeitig das Team aufzusuchen oder anzurufen. Das Team oder der Therapeut dagegen verpflichtete sich, für den Patienten zu sprechen und zu erreichen zu sein – in der Klinik zum Beispiel rund um die Uhr. Die typische Vertragsdauer war ein Jahr, sie ging also lange über die stationäre Behandlungszeit von etwa sieben Wochen hinaus.

Diese früheren Anti-Suizid-Verträge hatten den Vorteil, dass der Patient ein wohlthuend konkretes und verlässliches Beziehungsangebot bekam. Ihr schwerer Nachteil war die Verpflichtung und subjektive Unfreiheit, die viele Patienten in ihrer inneren Not schließlich doch zum spontanen Vertragsbruch durch einen Suizidversuch verführte. Durch einen solchen Vertragsbruch war dann implizit bewiesen, dass die Therapie trotz allen guten Willens der Krankheit nicht gewachsen war, und dass für den Patienten unbewusst die Krankheit mithin über die Therapie „masochistisch triumphierte“.

Durch die Optik von Bert Hellingers phänomenologisch-systemischer Mehrgenerationenperspektive betrachtet, wird das Symptom Suizidalität von zwei Familienmustern gesteuert: entweder von der Dynamik „ich folge dir nach“

oder von der Dynamik „lieber ich als du“. Die oben geschilderten Anti-Suizid-Verträge mussten deshalb scheitern, weil durch sie nicht gewürdigt wurde, dass hier im Unbewussten verborgen ein bedingungslos liebendes Kind in den Tod zu gehen bereit ist, und dass diese Bindungsliebe größer als der eigene Wille und die eigene Steuerungsfähigkeit und allemal größer als alle Verträge und alle Psychotherapie ist. Die typischen Querelen um die Vertragseinholung waren viel eher geeignet, die anmaßende Attitüde dieses opferbereiten Kindes anzustacheln und die entsprechende Beziehungseskalation in Richtung Suizidhandlung zu verschärfen.

Daher machen wir jetzt in Klinik und ambulanter Praxis jedem unserer von Suizidalität bedrückten Patienten folgendes Angebot ohne Vertrags- und Verpflichtungscharakter: Wir bitten ihn nur zu bestimmten Zeiten – eventuell täglich oder auch dreimal täglich – um die Mitteilung seiner Wahrscheinlichkeitseinschätzung, ob er morgen wohl noch am Leben sei. Statt einer vertraglichen Bindung also nur ein Wunsch unsererseits, nämlich nach seiner aktuellen Prognose.

So entgehen wir der Beziehungskatastrophe zwischen Therapeut und Patient, die dadurch entstehen kann, dass der Patient vertragsbrüchig wird und dadurch beweist, dass seine Not (und damit seine verborgene Loyalität) mächtiger ist als die Therapie – denn es gibt ja keine vertragliche Verpflichtung mehr. Kann der Patient nicht prognostizieren, ob er morgen wohl noch am Leben ist, so ist ihm dies vielleicht für einen kürzeren Zeitraum möglich – bis zur nächsten Mahlzeit oder auch nur bis zum Ende dieser Einzel- oder Gruppensitzung. Erst danach werden Behandler und Patient neu nachdenken, wie es dann weitergehen könnte. Bis dahin könnte es jedoch auch sein, dass es dann doch noch wieder eine Weile länger geht.

Durch ein solches Beziehungsangebot sieht sich der Patient einerseits geborgen durch wohlwollend-professionelles Interesse und Behütetsein vonseiten des Behandlers oder des Teams, andererseits erlebt er sich nicht genötigt durch eine Verpflichtung, von der er nicht weiß, ob er sie einhalten kann. Dieser Trick, den Zeitpunkt von Handeln und Agieren vor sich her zu schieben, solange es geht – und sei es nur in kleinen Zeitabschnitten –, haben wir von den Anonymen Alkoholikern abgewandelt entliehen, die in unserem Haus einen besonderen Platz einnahmen. Bekanntlich entgeht der Anonyme Alkoholiker seinem so genannten „Saufdruck“ erfolgreich immer wieder dadurch, dass er „nur für heute“ das erste Glas stehen lässt. Ob er morgen trinken wird, ist heute noch kein Thema.

Analog dazu schaffte es eine große Zahl unserer Patienten mithilfe dieser Technik des Prognosestellens, sich von einem „Jetzt“ zum nächsten „Jetzt“ „durchzuhangeln“, und dadurch diese suizidale Krise durchzustehen ohne dass es

zu den oben genannten agierenden Machtkämpfen zwischen Patient und Behandler kommen musste. Dieses Überstehen einer suizidalen Krise wurde von den meisten als außerordentlich erlösendes Erfolgserlebnis eingestuft. Das liegt nach meiner Vermutung daran, dass durch diese Intervention einerseits das unbewusste loyale Anliegen des Kindes im System („lieber ich als du“ oder „ich folge dir nach“) vom Therapeuten geachtet worden war, und sich andererseits ein neuer Ausweg aufgetan hatte.

Allerdings gehört noch eine wichtige zusätzliche Implikation zu diesem unserem scheinbar lockeren Beziehungsangebot an unserem Patienten mit suizidalen Tendenzen. Um nicht unnötig zu provozieren, äußern wir diese Implikation zwar eher nicht im direkten Gesprächskontakt, sondern wir „streuen“ diese Information lieber nebenbei, aber regelmäßig in den verschiedenen Gruppenveranstaltungen. Die Aussage ist die folgende: Wir respektieren das Bedürfnis unserer suizidalen Patienten, für uns unberechenbar zu bleiben, damit das Machtpotenzial ihrer inneren Not nicht unterschätzt werde. Andererseits achten wir darauf, dass auch wir Therapeuten unberechenbar bleiben. Daher gibt es für uns keine definierten Kriterien, was die Voraussetzungen dafür sind, wann wir zu der Einschätzung kommen, dass eine „latent drohende“ Suizidalität in eine „akute“ übergegangen ist, sodass jetzt eine gesetzlich vorgeschriebene Zwangseinweisung aus unserem Seminar oder unserer offen geführten psychotherapeutischen Klinik in die geschlossene Abteilung des nächstgelegenen psychiatrischen Fachkrankenhauses unumgänglich ist. Die Entscheidung, wann dieser schwere Eingriff schließlich dann doch notwendig ist, wird von uns als „Bauchentscheidung“ des zuständigen Arztes im Kontakt mit dem Betroffenen definiert, also als relativ unberechenbare Größe. Diese latente Komponente unseres Beziehungsangebotes an unsere suizidalen Patienten wird natürlich von vielen zu Recht als Zumutung erlebt. Sie ist aber unverzichtbar, um denjenigen Anteil des „Beziehungsterrors“, der vonseiten der Therapeuten zu tragen ist, in einem erträglichen Umfang zu halten.

So haben wir auch den Grundsatz, uns immer wieder eine Spur stärker für seine Suizidalität zu interessieren, als der Patient selbst für angemessen hielt. Wir fragen also ein bisschen häufiger, als nach dem Geschmack der Patienten passend wäre, nach seiner Prognose des Weiterlebens.

Entsprechend haben wir uns, wenn ein Patient verschwand und wir Angst bekamen, auch nicht gescheut, zu eskalieren und ein Fahndungersuchen bei der Polizei – gegebenenfalls mit Hubschraubereinsatz und Hundestaffel – „loszutreten“.

Wenn es dann einmal zu einer solchen durch Gesetz vorgeschriebenen vorsorglichen Zwangseinweisung in eine geschlossene psychiatrische Station kommt, so sind wir in der Klinik allerdings in der überaus glücklichen Lage, dass dieser Schritt nicht obligat als ein Scheitern der Psychotherapie angesehen werden muss. Denn die exzellent eingespielte Übernahme der ärztlichen Verantwortung durch die Kolleginnen und Kollegen des zuständigen Landeskrankenhauses für Psychiatrie in der Nähe ermöglicht den Patienten eine zügige Rückverlegung in unsere psychotherapeutische Klinik, sobald die Kollegen dort ein hinreichendes Abklingen der Akuität der Suizidalität einschätzen können. In der Regel ist dies schon nach zwei Wochen, oft schon nach Tagen möglich. So muss die Zwangsverlegung in die Psychiatrie nicht als ein Scheitern der Psychotherapie gewertet werden, sondern sie kann als eine schwere und dramatische, aber begrenzte Episode und als Komponente der durchzustehenden suizidalen Krise eingeordnet werden.

Nachdem also die mehr oder weniger dramatisch verlaufene Krise von Suizidalität abgeklungen ist, können wir in den meisten Fällen in den letzten Tagen des stationären Aufenthaltes eine Familienaufstellung anbieten. Die Hauptkriterien für unsere Einschätzung, ob eine suizidale Krise vorbei sei, sehen wir in dem Längerwerden des prognostizierten Zeitraumes des Weiterlebens, in einer offenkundigen Erleichterung und Zufriedenheit des Klienten, dass die schwierige Zeit nun überstanden sei, und in dem deutlich gewordenen Interesse für die systemischen Zusammenhänge seiner Problematik.

Inwieweit sind unsere stationären Erfahrungen für ambulante Settings verwertbar? Unsere allgemeinen Prinzipien im Umgang mit subakuter Suizidalität lauten also: Wir fordern keinen Vertrag, erkundigen uns jedoch regelmäßig nach einer Prognose, und dies tun wir etwas häufiger, als der Betroffene für angemessen hält, und wir scheuen uns dabei nicht, ihm damit sogar ein bisschen „auf die Nerven“ zu gehen. Dazu muten wir ihm auch nicht selten zu, dass wir seine nächsten Angehörigen über die Lage informieren. Wenn unsere Angst zu groß wird, handeln wir, wie das Gesetz es verlangt. Für den Nichtpsychiater im ambulanten Setting könnte das im Ernstfall sogar heißen, den Sozialpsychiatrischen Dienst oder außerhalb von dessen Dienstzeit den allgemeinen ärztlichen Notdienst zu rufen. Sollte der dann jeweils dienst tuende Fachmann die Gefahr geringer einschätzen als ich, heißt mein Grundsatz: Lieber mein Bauchgefühl blamieren, als unangemessene Risiken eingehen.

So viel also zu unseren insgesamt guten Erfahrungen im Umgang mit suizidalen Patienten.

„Die letzte Hoffnung“

Ein zweites sehr ähnliches Patientenmuster, das von uns Therapeuten als schwierig erlebt wird, lautet sinngemäß: „Diese Therapie ist meine letzte Hoffnung.“

Vordergründig ist es also eine narzisstische Zufuhr für den Therapeuten. Dahinter verbirgt sich der (natürlich unbewusste) Verführungsversuch, dass der Therapeut möglichst so etwas wie eine „Notaufstellung“ vorzunehmen vermögen, weil sonst nichts mehr aussichtsreich erscheine. Dahinter wiederum verbirgt sich zweifellos nichts anderes als die soeben genannte Suizidalität.

Es empfiehlt sich jetzt zu erfragen, was denn passieren wird, wenn diese „letzte Hoffnung“ des Patienten scheitern sollte. Wenn sich dann die Suizidalität mehr oder weniger offen zeigt, nehme ich sofort die unbekanntenen Personen im System des Patienten in Betracht, denen er unbewusst nachzufolgen oder statt deren er in den Tod zu gehen tendiert. Vor dieser Perspektive kann ich jetzt mit dem Patienten meinen oben beschriebenen Wunsch nach seiner Prognose aussprechen, ob er morgen oder wenigstens bis heute Abend wohl noch am Leben sein wird, und so weiter.

„Spaltende Kommunikationsmuster“

Die nächste Gruppierung von Mustern, welche mich Patienten als schwierig erleben lässt, tritt bei einigen psychischen Krankheitsbildern gemeinsam auf, nämlich bei den so genannten dissoziativen Störungen, bei den so genannten Persönlichkeitsstörungen, auch mit „Borderline“³ bezeichnet, und bei den „schizophrenen Psychosen“. Alle drei genannten Krankheitsgruppen haben neben ihren Unterschieden die Gemeinsamkeit, dass die Betroffenen zeitweise zu einigermaßen ähnlichen Kommunikationsmustern neigen, die ich hier als so genannte „spaltende Kommunikation“ zusammenfassen möchte. Bei den „Schizophrenen“ ist diese Symptomatik allerdings nur typisch für das Vorstadium eines so genannten „Schubes“, also für die Zeit vor dem Ausbruch ihrer schweren Symptome.

Mit dieser „spaltenden Kommunikation“ meine ich das gesamte schillernde Spektrum der für diese Krankheitsbilder typischen Äußerungen, von denen ich hier nur einige wichtige nenne: zum Beispiel ein diffuses Äußern von Nicht-verstandenwerden oder eine sprunghafte Vorwürfigkeit und Gereiztheit oder massive provozierende Entwertung der Psychotherapie oder die typischen subtil-unterschweligen Androhungen eines Beziehungsabbruches. Es hat sich nun gezeigt, dass wir bei allen drei Krankheitsbildern, also bei so genannter „Borderline“-Störung wie bei „beginnendem Psychoseschub“ wie bei „dissoziativer Störung“, mit denselben Interventionsformen meistens gut zurechtge-

kommen sind, sodass ich unsere entsprechenden Methoden hier gemeinsam – wenn auch nur sehr verkürzt – darstellen kann.

Gerade auch für Patienten mit diesen schwierigen Mustern der spaltenden Kommunikation liefert die phänomenologisch-systemische Theorie von der Identifikation mit einer anderen Person besonders wertvolle Hinweise für ein tiefenpsychologisches Verstehen. Wenn man den Klienten dann als jemanden anschauen kann, der in einer Identifikation verstrickt ist, tun sich meines Erachtens leichter Auswege aus den vielen Beziehungsfallen auf.

Es versteht sich von selbst, dass eine Systemaufstellungsarbeit mit den Betroffenen selbst zunächst gefährlich wäre, solange diese noch vorwiegend diese „spaltende Kommunikation“ bevorzugen, da sie eine Systemaufstellung zunächst unbewusst als eine Einladung zum Eskalieren ihres problematischen Verhaltens missverstehen könnten. Unproblematisch und wertvoll ist natürlich die Aufstellungsarbeit mit ihren Angehörigen, die nicht von den Symptomen betroffen sind.

Bei der Arbeit mit den Symptomträgern jedoch muss der Therapeut zunächst sicher genug sein, dass dieser Patient genug Vertrauen in die Therapie und seinen eigenen Prozess gefunden hat, sodass er nicht mehr auf seine Muster einer „gestörten“ Kommunikation zurückgreifen wird. Allerdings können solche Patienten ohne weiteres schon frühzeitig an der Systemaufstellungsgruppe im klinischen Setting teilnehmen und sogar als Vertreter in den Aufstellungen anderer Patienten mitwirken. Dabei haben wir übrigens mehrmals die interessante Erfahrung gemacht, dass diese Patienten ihr „schwer gestörtes“ Auftreten vorübergehend loslassen konnten, solange sie in einer Vertretung engagiert waren. Anschließend nach der Systemaufstellung haben sie sich wieder so „gestört“ gezeigt wie zuvor.

Was hat sich nun bewährt bei Patienten mit diesen spezifischen Schwierigkeiten, die mit „spaltender Kommunikation“ beschreibbar sind? Erstens zirkuläres Fragen, zweitens Steve de Shazers Umgang mit so genannten „Besuchern“ und „Kunden“, drittens das Teamsplitting, viertens Milton Ericksons hypnotherapeutische Technik des „Ich-weiß-nicht“ und fünftens frühzeitige Familiengespräche.

Erstens also zirkuläres Fragen: Diese Technik ist ein Herzstück der konstruktivistisch-systemischen Psychotherapie. Es ist eine hoch elaborierte Fragekunst, durch die der Therapeut im Dialog seine verschiedenen Arbeitshypothesen überprüfen kann, indem er sozusagen „um die Ecke“ fragt und es dabei weitgehend vermeiden kann, sich mit dem Klienten in einer kommunikativen Eskalation gewisser-

maßen zu „verhaken“. So erkundet er das „Minenfeld“ im Interesse seines Klienten, um schließlich mit ihm gemeinsam einen Ausweg zu finden.

Zweitens also Steve de Shazers Umgang mit so genannten „Besuchern“ und „Kunden“. Hier geht es in erster Linie darum, dass der Therapeut davon absieht, zu viel zu tun. De Shazer hat ein Konzept entwickelt, wonach er diejenigen Patienten, die eigentlich noch gar nichts ändern wollen, als so genannte „Besucher“ einstuft. Statt dass sie nun damit konfrontiert werden, dass sie noch nichts ändern wollen, spricht der Therapeut ihnen zunächst nur seine Anerkennung für ihr berechtigterweise noch unverbindliches Besucherinteresse aus, er gibt aber noch keine eigentliche therapeutische Intervention. Erst wenn der Therapeut sicher ist, dass es sich bei dem Patienten um einen an Veränderung interessierten (von de Shazer so genannten) „Kunden“ handelt, wagt er seine auf Veränderung zielende Intervention.

Drittens also das „Teamsplitting“: Patienten, die zur spaltenden Kommunikation neigen, erleben oder konstruieren in der Klinik oft einen Gegensatz zwischen denjenigen Teammitgliedern, die vorwiegend körpertherapeutisch arbeiten, und den Psychologen und Ärzten, die hauptsächlich in den kognitiven Methoden tätig sind. Die eine Therapeutengruppe sind häufig die „Guten“, und die anderen werden abgewertet und haben „sowieso keine Ahnung von Psychotherapie“. Entsprechend zeigen sich solche Patienten gegenüber den beiden Gruppierungen von Teammitgliedern unterschiedlich, sodass infolgedessen im Behandlerteam immer wieder spontan so genannte gespaltene Wahrnehmungen oder Teamsplittings auftreten. Da wir uns als ein Team, in welchem ein hohes kollegiales Vertrauen besteht, zu täglichen austauschenden, supervidierenden und intervidierenden Sitzungen treffen, entsteht für uns die Chance, diese Spaltphänomene als solche zu erkennen und dann durch Absprache in einer Weise damit umzugehen, die sich konstruktiv als Teamreaktion für den betroffenen Patienten auswirkt.

So nutzen wir gerne diese Technik eines aktiven „Teamsplittings“, indem wir uns in unserer Rollenzuteilung „aufspalten“, sodass ein Teil des Teams dem betroffenen Patienten auf die Weise A begegnet, also zum Beispiel eher konfrontierend, und ein anderer Teil des Teams in der anderen Weise B, also eher affirmierend und unterstützend. Dabei kann das Team auch die Gemeinschaft zum Beobachter machen: Als „Reflecting Team“ setzen wir uns dann im Beisein des betroffenen Patienten und aller Mitpatienten über solche Spaltungsphänomene auseinander. Und dann engagieren sich die einen Therapeutinnen und Therapeuten vielleicht eher für die Haltung A, während die anderen die Haltung B verfechten. Durch solch ein Teamverhalten pflegt sich die spaltende Symptomatik der einzelnen Patienten in

Kürze aufzulösen – wohl deshalb, weil überraschenderweise seine beiden widersprüchlichen inneren Aspekte von verschiedenen Teammitgliedern gleichzeitig vertreten werden, sodass die vom Patienten unbewusst erwartete typische Eskalation der Spaltungsdynamik ausbleiben kann.

Diese Methode des „Teamsplittings“ ist übrigens auch mit geringen Einschränkungen für die Einzelpraxis brauchbar, zum Beispiel indem man sich kurz in eine Sitzungspause zurückzieht, und anschließend berichtet: „Ich habe den Fall kurz mit meinem Partner diskutiert, und der sieht das interessanterweise recht anders als ich ...“

Die vierte Methode des Umganges mit Patienten, die zur spaltenden Kommunikation neigen, ist Milton Ericksons hypnotherapeutische Technik des „Ich-weiß-nicht“. Diese Methode scheint mir besonders gut geeignet, um dem Patienten seine eigene Sicherheit im Dialog wiederzugeben, indem der Therapeut durch die Blume vielfältig suggestiv deutlich macht, wie er die Autonomie seines Gegenübers respektiert.

Die Rezeptur ist vergleichsweise einfach: Wann immer ein Patient beginnt, die Behandlung abzuwerten, wann immer einer in einen dissoziativen Zustand gerät, wann immer einer in einem anderen Film zu sein scheint, wann immer einer in ein als psychotisch eingestuftes Verhalten zu tendieren scheint, wann immer er also im Sinne von Arnold Retzer und Fritz Simon in eine „Exkommunikation“ gerät, kurzum: wann immer die Kommunikation vom Therapeuten als brenzlich erlebt wird, weil eine typische Eskalation der Spaltung oder der massiven Entwertung zu drohen scheint, dann empfehle ich folgendes Prozedere: Ich beginne alle meine Sätze mit „Ich weiß nicht“, die ich, ohne Pausen zu machen, aneinander reihe.

„Ich weiß nicht, ob Sie hier gleich herausrennen. Ich weiß nicht, ob ich jetzt in den nächsten Minuten eine gute Idee haben werde, die es uns ermöglicht, die Therapie erfolgversprechend fortzusetzen. Ich weiß nicht, ob es Ihnen gefällt, wenn ich Ihnen sagen würde, dass ich traurig wäre, wenn unsere Arbeit jetzt abgebrochen würde. Ich weiß nicht, ob es in dieser Situation vielversprechend ist, dass ich einmal mit Ihrer Erlaubnis Ihren Hausarzt anrufe. Ich weiß nicht, ob Sie das für eine gute Idee halten würden, wenn ich vorschlagen würde, wenn wir demnächst Ihre Eltern und Geschwister mal zu einem Familiengespräch einladen ...“ Und so weiter und so weiter, fünf bis zehn Minuten lang. Alle Ideen, die ich spontan assoziiere, alle Arbeitshypothesen, die mir gerade einfallen, kleide ich in diese rhythmischen „Ich-weiß-nicht“-Sätze.

Es ist meine Erfahrung, dass sich die Lage bei dieser Intervention fast immer entspannt. Das wird daran liegen, dass erstens die Betonung des „Nichtwissens“ dem Patienten

die Sicherheit gibt, dass dieser Therapeut ihn jetzt nicht in eine bestimmte Richtung überzeugen oder manipulieren will. Er fühlt sich in seiner Autonomie anerkannt. Zweitens lasse ich zwischen den Sätzen keine Pausen, ich warte also keine Antwort ab. Umso weniger fühlt sich der Patient zu irgendeiner Stellungnahme genötigt. Drittens tut sich durch die vielen mit „Weiß nicht“ begonnenen Sätze eine große Anzahl unterschiedlichster Perspektiven auf, sodass der Klient sich eher in der Lage sieht auszuwählen.

Ich wende diese Technik seit mehr als zehn Jahren an, und es ist bisher nur ein einziges Mal vorgekommen, dass eine Patientin mich unterbrochen und veräppelt hat durch ihren Metakommentar: „Ich weiß nicht, was alle diese Weißnicht-Sätze sollen.“ Alle anderen Patienten oder Patientenfamilien haben sich offensichtlich nicht an meiner merkwürdigen Litanei gestoßen, sondern mich irgendwann unterbrochen, meistens mit einer Frage wie dieser: „Was kann man denn jetzt als Nächstes in der Therapie machen?“ Damit war diese brenzlige Zuspitzung einer symmetrischen Eskalation umschifft, der dissoziierte Zustand war einstweilen vorüber, die sich andeutende schizophrene Episode drohte nicht mehr. Vielmehr schienen die Patienten häufig das Erfolgserlebnis zu verbuchen, dass die Therapie trotz dieser Krise weitergehen kann.

Die fünfte Interventionsmöglichkeit sind Familiengespräche, mit Eltern und Geschwistern, mit Ehepartnern, selten mit Kollegen und Vorgesetzten, noch seltener mit den vorbehandelnden Therapeuten. Diese Angehörigengespräche führen wir zum Teil mit Videoaufzeichnung und einem Supervisionsteam hinter einer Einwegscheibe durch. Hier wandten wir hauptsächlich die Kommunikationstechniken an, die ich gerade beschrieben habe. Die wesentliche gute Wirkung dieser Maßnahmen scheint mir jedes Mal die zu sein, dass wir uns erst durch dieses respektvolle Ritual von den Angehörigen die Erlaubnis holen, mit ihrem Familienmitglied in eine Therapie einzusteigen.

So viel zu den Methoden, die ich zum Teil nur sehr verkürzt gebracht habe und die mir geeignet erscheinen, um unter anderem den Prozess von Patienten, die zu spaltender oder zu psychotischer Kommunikation oder zu dissoziativem Erleben tendieren, in eine Richtung zu fördern, sodass ihr symptomatisches Verhalten nachlassen kann. Damit wäre dann eine wesentliche Voraussetzung für das nächste Wagnis, vielleicht eine Systemaufstellung, gegeben.

Sucht

Das nächste Muster von „schwierigem Patienten“ ist das süchtige Muster. Ich glaube als ein Kliniker, der seit Jahrzehnten mit Süchtigen und auch den verschiedenen anonymen Selbsthilfegruppen zusammengearbeitet, sagen zu

können, dass es für alle suchttypischen Symptomatiken ein gemeinsames Grundmuster gibt, seien es nun Alkohol, Drogen, Medikamente, Essstörungen, Glücksspiel, süchtiger Sex und so weiter.

In der Systemaufstellerarbeit manifestiert sich dieses Grundmuster „Suchthaltung“ meist dergestalt, dass zum Beispiel der ambulante Wochenend-Workshop zu aller Beteiligten Zufriedenheit verläuft; und einige Zeit später lässt der Patient den Therapeuten wissen, dass er nun doch leider wieder rückfällig geworden sei. Eine Gefahr bei jeder Süchtigen-Psychotherapie ist offensichtlich die, dass der Betroffene einen Therapieerfolg dadurch unbewusst zu vereiteln tendiert, indem er eine gute Lösung deshalb nach einiger Zeit verwirft, weil er ihren Preis subjektiv als zu billig erlebt. Offensichtlich ist dauerhafter Behandlungserfolg bei Sucht erst dann möglich, wenn ein Betroffener bereit ist, einen subjektiv hohen Preis dafür zu zahlen – und zwar über die Therapiezeit hinaus, nämlich regelmäßig im Alltag. (Ich komme auf diesen Gesichtspunkt weiter unten noch einmal zurück.)

Als nächster wichtiger Aspekt für das Grundmuster Sucht hat sich nach meiner Erfahrung folgende tiefenpsychologische Formel als Theorie bewährt: Durch sein süchtiges Tun gefährdet der Kranke zwanghaft immer wieder seine Erfüllung im Leben, sei es Gesundheit, sei es Liebe, sei es Familie, sei es Ansehen und beruflicher Erfolg. Er bringt also blind und routiniert einen überhöhten Einsatz für seinen Misserfolg. Wann immer aber das Glück „droht“, ist der nächste Rückfall fällig. Erst nachträglich konstruiert er unbewusst einen Grund für diesen Rückfall, nach dem Schema: „Ich trinke Jägermeister, weil mein Partner und alle anderen mich nicht verstehen ...“ Auch das Umfeld, der Partner, die Angehörigen bis hin zu den Therapeuten sind genauso blind dafür, dass der geheime Hintergrund eines Rückfalls und allen süchtigen Handelns das „drohende Glück“ ist. Es wird dann in typischer Weise von allen Beteiligten hilflos über Auslösersituationen, über die Belohnung durch die Droge oder über den Schrei nach Aufmerksamkeit und vieles andere spekuliert.⁴

In einer Psychotherapie manifestiert sich also dieses Muster der unbewussten Sabotage des „drohenden“ Glückes, indem der Rückfall jedes Mal präzise dann eintritt, wenn die Therapie dabei ist, gut zu gelingen, wenn also Hoffnung aufkommt. Hinter diesem Muster der unbewussten Sabotage des „drohenden“ Glückes verbirgt sich eine spezifische Familiendynamik, wie sie von Bert Hellinger auf folgende Formel gebracht worden ist, und wovon ich noch keine Ausnahme gefunden habe: Die Mutter sagt zum Kind: „Nur was von mir (*und meinem Clan*) kommt, ist gut. Nimm nicht vom Vater (*und seinem Clan*)“.

→

Wenn das Kind, das zum süchtigen Erwachsenen geworden ist, nun Erfolg im Leben hat, folgt es der Mutter (und ihrem Clan). Wenn dann bald darauf das „drohende“ Glück sabotiert wird, wird das Gleichgewicht der Loyalitäten zum Vater (und seinem Clan) wieder hergestellt. So schwankt der Betroffene zwischen diesen beiden einander scheinbar unversöhnlich widersprechenden Loyalitäten durch sein Leben hin und her.

Nun glaube ich die Beobachtung gemacht zu haben, dass dieses Muster der wiederkehrenden Sabotage des eigenen Glückes zu mächtig und zu tief eingeschliffen ist, als dass man es dem Patienten durch schlichtes Aufdecken beeinflussen könnte. Auch das ausschließliche Ermöglichen einer Systemaufstellung des Ursprungssystems, in der er die Möglichkeit hat, zu seinem Vater und dessen Clan zu finden, – und sei diese Aufstellung noch so aufschlussreich und bewegend –, scheint mir bei aller erwiesenen Veränderungswirksamkeit dieser Methode als alleinige Intervention für das Muster Sucht gleichermaßen unzureichend. Denn es muss die folgende typische Komponente, die zum Muster „Sucht“ gehört, beachtet werden.

In der bisherigen Suchtkarriere des Betroffenen hat sich offensichtlich auch die Erfahrung in sein Unbewusstes eingeschliffen, dass er häufig mit scheinbar zu billigen Lösungen aus seinen vielen bisherigen Krisen entkommen ist: zum Beispiel, indem er es immer wieder wie eine Bestätigung erleben konnte, dass seine Angehörigen und auch seine Vorgesetzten ihm seine Fehlhandlungen nachgesehen haben, weil er nach seinem süchtigen Tun schnell und für alle überzeugend auf seine erfolgreiche Seite zurückgekehrt ist.

Ich verzichte daher nie darauf, jeden Patienten mit Suchtdynamik – bevor ich überhaupt an Systemaufstellung denke – auf diese Erfordernis einer hohen persönlichen Investition im Alltag für seine Genesung hinzuweisen und ihm zum Beispiel ein entsprechend hochfrequentes Engagement in einer Anonymen Selbsthilfegruppe zu empfehlen. Diese sind in allen Krisen sofort erreichbar und haben eine unbestritten hohe Erfolgsrate: die Anonymen Alkoholiker, die Anonymen Medikamentenabhängigen, die Anonymen Spielsüchtigen, die Anonymen Essgestörten und so weiter. Zugegeben, nicht jeder fühlt sich auf Anhieb in deren Meetings wohl. Viele stoßen sich an den rigiden Glaubensgewissheiten, die dort scheinbar verkündet werden. Deshalb empfehle ich dem Einzelnen, verschiedene Meetings kennen zu lernen, weil manchmal erst die zweite oder dritte Gruppe zu diesem Patienten passt. Manche Betroffenen scheinen diese Meetings bis an das Ende ihres Lebens so regelmäßig zu brauchen, wie sie zuvor den Stoff regelmäßig gebraucht haben. Aber offensichtlich nicht alle. Ich weiß auch bis heute nicht, ob die rigide Anforderung der

absoluten Abstinenz bis ans Lebensende für alle Betroffenen Gültigkeit hat. Das findet jeder Einzelne für sich selbst heraus. Allerdings haben sich viele Betroffene dazu entscheiden müssen, über die absolute Abstinenz hinaus in ihrem Alltag zusätzlich noch einen weiteren hohen Preis in Form von regelmäßigem Engagement für andere noch leidende Süchtige zu entrichten. Wichtig für mich als Therapeuten ist, dass ich das nicht wissen kann, wie hoch und wie überhaupt beschaffen dieser Preis für den einzelnen Betroffenen ist. Ich sehe meine Aufgabe nur darin, dem Klienten diese Selbsthilfegruppen mit Nachdruck nahe zu bringen, bevor ich bereit bin, eine Systemaufstellung anzubieten.

Ferner halte ich eine entsprechende „Rückfallprophylaxe“ für erforderlich in Form von humorvollen Prophezeiungen des nächsten Rückfalls, wobei ich meine Hoffnung ausspreche, dass der Betroffene spätestens in dieser Situation weiß, wo das nächste anonyme Meeting auf ihn wartet.

So weit unser Umgang mit Süchtigen im Allgemeinen. Wie gehe ich nun mit dem speziellen Fall um, dass es während einer laufenden Behandlung zu einer Therapiesabotage in Form eines Rückfalles kommt? Dabei gilt für mich das als Rückfall, was der Patient zuvor als Rückfall definiert hat.

Ich deute eine solche Selbstsabotage inzwischen nur noch als einen konstruktiven Beitrag des Unbewussten für einen realistischeren Verlauf der weiteren Psychotherapie um. Entsprechend konfrontiere ich ihn nicht mehr so hart, wie das früher in Suchttherapien der Brauch war. Meine Intervention bei Rückfall besteht also darin, dass ich den Betroffenen nicht danach frage, was als Auslöser dem Rückfall vorausgegangen ist. Denn genau das möchte er mir nämlich meistens erzählen. Ich sage dann in allem Respekt, dass ich glaube, dass diese Auslösersuche nicht weiterführt. Mich interessiere viel mehr, ob er eine Idee habe, *wem zu Liebe* er diese Sabotage ausgeführt habe, wodurch ja unsere gemeinsame Chance auf Therapieerfolg in Gefahr geraten sei. In der Regel hat der Klient keine Antwort auf diese Frage. Ich bestätige ihm dann, dass das bei allen anderen Betroffenen bisher genauso gewesen sei, dass sie diese Frage nicht hätten beantworten können, und ich empfehle ihm, dies mit erfahrenen Süchtigen, zum Beispiel im Rahmen von Meetings, zu erörtern. So hoffe ich, ihn neugierig zu machen und ihn eher langsam an die oben von mir dargelegte familiendynamische Hypothese von seiner Kindesliebe mit dieser hin- und herschwankenden Loyalität heranzuführen.

Nach einer solchen Intervention kam es in den letzten Jahren bei unseren süchtigen Patienten in der Regel zu keinem weiteren Rückfall oder zu keiner weiteren Sabotage oder Gefährdung der therapeutischen Zusammenarbeit.

Eine weitere Methodik, die noch recht neu ist und die ich hier gleichermaßen nur kurz streifen kann und die sich bei

der Arbeit mit Süchtigen – und nicht nur diesen – bestens bewährt, ist die energetische Psychologie nach Dr. Fred Gallo. Es handelt sich um einen innovativen, hochwirksamen Ansatz zu Diagnose und Behandlung von psychischen Problemen, der sich gut in andere psychotherapeutische Konzepte integrieren lässt. Der Ansatz hat seinen besonderen Wert in der Therapie von psychischen Traumatisierungen, Ängsten, Phobien, Panikzuständen, Zwangskrankheiten, Depressionen und hartnäckigen Befindlichkeitsstörungen, wie zum Beispiel Schmerzen – im Sinne eines „Körpergedächtnisses“. Wir erleben die „energetische Psychotherapie“ als Schließung eines „Missing Link“ insbesondere für die Systemaufstellerkunst, ohne mit ihr zu interferieren. Es kommt mir so vor, als ob die systemische Aufstellung sich mehr mit den Energieströmen und „Gedankenfeldern“ der kollektiven Familienseele befasst. Die Methode Gallos, die Anleihen bei der chinesischen Akupunktur macht, erreicht jetzt diese offensichtliche Lücke der Systemaufstellungskunst, indem sie sich – sehr vereinfachend dargestellt – mit den körpernahen Energieströmen und „Gedankenfeldern“ des Individuums befasst. Blockierungen „gestörter Energieströme“ werden freigesetzt, und so können verfestigte Kreisläufe problemhaltender Muster, also Selbstsabotagen, sowohl auf körperlicher wie auch auf gedanklicher Ebene aufgelöst werden und Zugänge zu den Ressourcen eröffnet werden. Insbesondere Gallos energetisches Konzept von der so genannten „psychischen Umkehr“, ich hier auch nicht weiter ausführen kann, ist für die Behandlung der Selbstsabotagen von Süchtigen besonders wertvoll.

Der vergrätzte Patient

Das nächste Muster von Schwierigkeit ist der vergrätzte oder der beleidigte Patient. Einerseits gibt es manchmal Patienten, besonders unter den oben genannten mit spaltenden Kommunikationsmustern, die sich gewissermaßen mit Fettnäpfchen umstellt haben. Andererseits ist es schon manchem Therapeuten passiert, dass ihm eine vermeintlich tolle Intervention einfällt, in die er sich schlagartig „verliebt“ hat, und die er sofort bei diesem Patienten anbringen muss – und schon hat er ihn beleidigt. Ich schätze Frank Farellys provokative Therapie sehr, aber besonders schätze ich daran sein Feingefühl und seine Sorgfalt, mit der er diesen wagemutigen Ansatz absichert und inszeniert, indem er den Klienten ebenso schützt, wie der ihn herausfordert.

Was aber kann man tun, wenn man als Therapeut – egal wie im Einzelfall das eigene Verschulden gelagert sein mag – vergrätzt und beleidigt hat? Um Verzeihung bitten kann hervorragend helfen, muss aber nicht. Manchmal weiß man, dass um Verzeihung bitten nur noch „verschlimmbessern“ kann, nämlich dann, wenn abzusehen ist, dass es für alle Beteiligten umso peinlicher sein wird.

Ein Freund hat einmal erzählt, dass er als Klient von einem prominenten Therapeuten in einem Seminar ganz fürchterlich beleidigt worden war. Die Beleidigung sei derart schlimm und ungerecht gewesen, sodass er zunächst völlig vor den Kopf gestoßen gewesen sei und ihren Inhalt sofort im Sinne einer retrograden Amnesie vergessen habe. Er erinnere jedoch noch lebhaft das schreckliche Gefühl und das peinlich betretene Lachen der anderen. Die ganze Nacht habe er nicht geschlafen, weil er ans Abreisen gedacht habe. Am nächsten Morgen sei er dann doch noch einmal in die Sitzung gekommen. Der Therapeut habe das gestrige, für alle peinliche Ereignis mit keinem Wort wieder erwähnt, sondern ihm stattdessen ein besonderes Geschenk gemacht: Er überreichte ihm einen gerade fertig gestellten Entwurf für einen wichtigen Text, der zu diesem Zeitpunkt noch nicht veröffentlicht war. Daraufhin sei schlagartig alles wieder in Ordnung gewesen, so mein Freund. Das scheint mir eine gute Alternative für den Fall zu sein, wenn um Verzeihung bitten absehbar nicht helfen wird.

Als Supervisor machte Bert Hellinger einmal einem Kollegen den Vorschlag, einen solchen vorwürfig-vergrätzten Patienten quasi diszipliniert zu vergessen. Der Kollege berichtete später, dass es in der nächsten Sitzung gut mit diesem Patienten weitergegangen sei. Nun ist „diszipliniertes“ Vergessen natürlich ein Paradox, denn Vergessen ist ja eine Leistung des Unbewussten, das kaum der Disziplin zugänglich sein dürfte. Wenn ich in eine solche Situation komme, dass ich es für geboten halte, bis zur nächsten Sitzung nicht an einen Patienten zu denken, dann konzentriere ich mich auf alles andere, was ansteht, und dabei hilft mir die schon genannte Philosophie des 12-Schritte-Programmes der Anonymen mit ihrer Fokussierung auf das Hier und Jetzt und auf ein Sichanvertrauen an den Lauf der Dinge.

„Wer fängt mich nachher auf?“

Der nächste Typus von „schwierigem Patienten“ meldete sich nicht selten in unserer Klinik an: „Ich möchte in der ersten Behandlungswoche eine Familienaufstellung, und in den folgenden sechs Wochen möchte ich noch in der Klinik bleiben, um aufgefangen werden zu können, falls ich nach der Aufstellung abstürzen sollte.“ Mit anderen Worten, das Konzept dieses Patienten ist es, dass er nicht genau weiß, ob er dem gewachsen sein wird, was ihm da in der Systemaufstellung widerfährt. Er sieht sich also nicht sicher in der Lage oder bereit, nachher das eigenverantwortlich zu tragen, was in der Systemaufstellung geschieht. Entsprechend scheint er eine Vorstellung von einer nicht ausgewogenen Verteilung der Verantwortungen zwischen dem Therapeuten und sich zu haben. Der Therapeut muss sich also schlimmstenfalls auf Vorwürfe des Patienten oder seiner Angehörigen gefasst machen, dass er diesen durch seinen Eingriff labilisiert haben könnte.

Diese Wirklichkeitskonstruktion solcher Patienten hat uns schon in einer ganz frühen Phase der Klinik dazu veranlasst, jede Systemaufstellung immer ganz an das Ende eines stationären Aufenthaltes zu arrangieren, also in die letzte Behandlungswoche – mithin wenige Tage vor der Abreise.⁶ Wenn ein Patient also wenige Tage vor der Abreise eine Systemaufstellung macht, dann heißt dies eher, dass er sich bereit und in der Lage sieht, das eigenverantwortlich zu tragen, was er aus der Systemaufstellung mitnimmt.

Wenn ein Patient jedoch eine Aufstellung wünscht und dazu vom Therapeuten erwartet, dass dieser sich in den nächsten Wochen bereithält, den Patienten gegebenenfalls aufzufangen (was immer damit gemeint sein mag), wenn dieser infolge der Prozedur labilisiert sein oder abs t ü rzen sollte, dann könnte das heißen, dass sich der Therapeut auf diese Sichtweise einlassen würde. Wir schützen unsere Patienten und uns selbst also vor solchen gefährlichen Wirklichkeitskonstruktionen wie „Systemaufstellen mit nachher gegebenenfalls Auffangen“ und lehnen diese ab, und wir bieten diesen Patienten andere Interventionen als eine Familienaufstellung an. Und wir glauben sagen zu können, dass wir in jedem Einzelfall diesen Patienten genug Entsprechendes bieten konnten, was andere systemische Methodiken als Systemaufstellungen einschloss und was gleichermaßen von denselben mehrgenerationalen Hypothesen getragen war wie die Aufstellungen.

„Ich will jetzt meine Aufstellung haben.“

Die nächste Gruppe von schwierigen Mustern bei der Aufstellungsarbeit waren diejenigen meist jungen Patienten, die mit folgender Aussage eine Familienaufstellung wünschten: „Ich hab zwar keine Probleme mehr, und in unserer Familie ist auch wieder alles in Ordnung, aber ich will jetzt meine Aufstellung haben – mal gucken, was da los ist.“

Wollte ein Therapeut das tun, wäre es so, als würde ein Chirurg leichtfertig einen Gesunden auf Wunsch operieren, weil operiert zu werden gewissermaßen gerade schick ist. Eine schroffe Ablehnung eines solchen Ansinnens würden diese jungen Patienten tief verletzt aufnehmen, meist in der vielleicht magischen Vorstellung, dass mit der eigenen Familie wohl doch etwas besonders Schlimmes nicht in Ordnung ist, wenn der Therapeut sie nicht aufstellen will.

So ist der Therapeut nach unserer Auffassung auch hier in einer schwierigen Lage im dem Sinne, dass er jetzt etwas wagen muss. Einerseits darf er auf das Ansinnen nicht eingehen, andererseits will er den Wunsch des Klienten respektieren, zumal dieser ja motiviert ist und der Therapeut auch grundsätzlich bereit ist, etwas für den Klienten zu tun. Der Patient will von ihm „was kriegen“, wenn auch

etwas, was ihm zu geben professionell und ethisch nicht geboten ist.

Unser Grundsatz heißt hier: Wenn ein Klient etwas will, was der Therapeut nicht geben darf oder kann, dann gibt der Therapeut ihm das andere – nämlich das, was der Therapeut jetzt für den nächsten Schritt hält. Denn in der Regel, so glauben wir, ist dieser Anspruch nach „meiner Aufstellung“ ein verschobener und unerfüllter Anspruch an die eigene Mutter.

Hierzu ein Fallbeispiel:

Eine junge Klientin wollte jetzt unbedingt ihre Familienaufstellung, einfach so, weil es ihr wichtig war, sonst hatte sie kein Problem und kein Anliegen. Der Therapeut hat sie lange angeschaut, dann hat er ihr eine lange hypnotherapeutische Geschichte erzählt, in der es immer darum ging, dass jemand ständig versucht hat, irgendwo anzukommen. Schließlich kam die Klientin ins Schluchzen – der Therapeut hat sie einer älteren Mitpatientin gegenübergesetzt, und es kam zu einer symbolisch nachgeholtten Vollendung einer unterbrochenen Hinbewegung.

Wir sehen grundsätzlich davon ab, einem Patienten zu Beginn einer Behandlung seine Systemaufstellung zu garantieren?. Wir garantieren ihm aber unseren vollen Einsatz während der gesamten Behandlung und die Anwendung aller unserer Fertigkeiten aus dem Thesaurus der verschiedensten Methoden, die wir uns angeeignet haben.

„Therapie-Shopping“

Nächstes Schwierigkeitsmuster: „Bei meiner Aufstellung vor drei Monaten bei dem Therapeuten XY ist aber etwas ganz anderes herausgekommen als bei dieser Aufstellung heute.“ Bei solchen Patienten, die man „Therapie-Shopper“ oder „Aufstellungs-Shopper“ nennen kann, die also von Systemaufsteller zu Systemaufsteller pilgern, war ich zuerst verführt, ihr Tun als eine Abwertung zu verstehen, sowohl meiner Arbeit als auch der Arbeit der anderen Kollegen. Und entsprechend aversiv habe ich reagiert, als ich mit diesem Phänomen zum ersten Mal konfrontiert worden bin. Ich bin wahrscheinlich auch die Patienten sehr belehrend angegangen, ich habe zweifellos an Therapiemissbrauch gedacht, habe mich sicherlich nach den früheren Systemaufstellungen erkundigt, und ich vermute, dass sich andere Kollegen in vergleichbaren Situationen zunächst ähnlich gezeigt haben.

Inzwischen ist mir klar geworden, dass solche Klienten, die im Vierteljahresrhythmus immer wieder woanders ihr Familiensystem aufstellen, schnell dazu übergegangen sein müssen, es zu unterlassen, ihrem neuen Systemaufsteller von dem vorigen zu berichten. Mit anderen Worten, wir

müssen damit rechnen, dass in allen unseren Gruppen Klienten sind, die schon woanders waren und die dies tunlichst verheimlichen.

Mithin bleibt es in ihrer Verantwortung, was sie mit ihren wachsenden Kollektionen von Systemaufstellungen tun. Und dennoch ist die regelmäßige Neuinszenierung ihrer Aufstellung der Ausdruck ihres quälenden Symptoms, nämlich dass auch sie auf der Suche nach etwas bisher Ungelöstem sind, nämlich sicherlich ebenfalls nach der Vollendung ihrer unterbrochenen Hinbewegung.

Wenn anderenfalls ein Klient vor seiner Systemaufstellung bei mir offen erzählt, er habe vor einiger Zeit bei einem anderen Therapeuten eine Systemaufstellung gemacht, dann schaue ich inzwischen sehr darauf, respektvoll mit ihr umzugehen. Darauf achte ich selbst dann, wenn ich höre, dass dieser Therapeut in der Internationalen Arbeitsgemeinschaft nicht bekannt sei, dass er sich möglicherweise nur mit ein paar Videos „ausgebildet“ habe, dass er zuvor in der Baubranche tätig gewesen sein soll, und dass in dieser Systemaufstellung Dinge geschehen sein müssen, die nach meinem professionellen Verständnis abenteuerlich erscheinen. Ich mache mir klar, dass dieser Klient diesen Therapeuten damals für sich ausgesucht hat, und dass ich diese seine Wahl und deren Folgen als ein einzigartiges unwiederbringliches Ereignis achte.

Mag der Klient auch nicht so gut beraten gewesen sein, wie ich das um des Ansehens unserer Methode willen für wünschenswert halte. Mag auch der andere Therapeut jemand sein, von dem ich meine, dass ihm die Professionalität, die Kompetenz und das Verantwortungsbewusstsein abgehen, von denen ich fest überzeugt bin, dass sie notwendig sind, um unsere Methode vor Ansehensverlust und einer unfairen Presse zu bewahren. Dieser Klient, der jetzt vor mir sitzt, hat damals mit diesem Therapeuten etwas erarbeitet, und ich würde dem Klienten nicht dadurch dienen, wollte ich dieses damals Erarbeitete nachträglich infrage stellen.⁸

Selbst wenn ich die Qualifikation dieses anderen Aufstellers vielleicht heimlich für mich infrage stelle, lasse ich doch seine damalige Arbeit an diesem Patienten unangetastet, denn sonst würde ich seine Loyalität zu diesem Vorbehandler hinterfragen und dadurch möglicherweise den damaligen therapeutischen Gewinn beschädigen. Worauf es stattdessen heute mit diesem Klienten ankommt, ist, dass ich mich erkundige, was ihm damals in dieser anderen Arbeit gut getan hat und was er heute, da er mich als Nächsten gewählt hat, für ein Anliegen hat und was die nächsten fälligen Schritte sein können. Dann kann ich unbehelligt meine eigene Arbeit anbieten, vielleicht auch eine Systemaufstellung.

Vaterschaftstest

Nächstes Muster von „schwierigem Patienten“: Wenn ein „Vaterschaftstest“ per Systemaufstellung gewünscht wird, lehnen wir das natürlich ab. Gleichzeitig schauen wir sorgfältig hin, was den Klienten veranlasst hat, einen solchen „Vaterschaftstest“ von uns zu wünschen. Denn zweifellos verbirgt sich hinter diesem Wunsch des Klienten ein bitteres Familiendrama, das nach psychotherapeutischer Lösung drängt.

Umgekehrt, wenn sich uns im Laufe einer Systemaufstellung die Vermutung aufdrängt, hier ist wohl ein anderer der Vater, dann sind wir sehr zurückhaltend mit dem Äußern dieser unserer Arbeitshypothese.

So ist es einmal vorgekommen, dass die Teilnehmer, die hinter einem Familienvater im Stuhlkreis als Nichtvertreter saßen, zwanghaft anfangen zu kichern. Es war ihnen gleich darauf sehr peinlich, dass sie so die Systemaufstellungsarbeit gestört hatten. Es war aber ein starker Hinweis. Der Therapeut hat dann „irgendeinen Mann“ an dieser Stelle hinter dem Familienvater aufgestellt. Dieser Mann feixte dann genauso und schaute immer zu der Vertreterin der Klientin herüber. Der Therapeut hat aber darauf verzichtet, jetzt die sich aufdrängende Hypothese auszusprechen, dass dieser Mann der eigentliche Vater dieses offensichtlich untergeschobenen Kindes sein dürfte.

Stattdessen hat er den Prozess der Systemaufstellungsarbeit gefördert, sodass am Ende jeder Vertreter seinen guten Platz fand. Die Vertreterin dieser Klientin hatte freilich ihren guten Platz an der Seite dieses Fremden gefunden.

Der Therapeut beendete an dieser Stelle die Systemaufstellung ohne Kommentar, und ein halbes Jahr danach rief die Klientin noch einmal an und sagte, dass sie jetzt endlich spontan ihren wahren Vater gefunden habe und dass sich damit auch ihre quälenden Symptome der leichten Irritierbarkeit zurückgebildet hätten.

Wir sind also zurückhaltend mit der Benennung von Hypothesen von anderer Vaterschaft oder anderen Geschwistern oder Halbgeschwistern oder dergleichen. Vielmehr überlassen wir es eher dem Prozess der Aufstellung, die notwendigen Dinge ans Licht zu bringen. Wollten wir durch unseren verbalen Kommentar das in der Systemaufstellung offensichtlich Gewordene aussprechen, hätten wir Sorge, ein vorhandenes Familien-Tabu dieses Systems so zu verletzen, dass der Patient uns als Herausforderer derer erleben müsste, denen er loyal bleiben will. Aufstellen und schweigen hat sich für uns in Fällen wie diesen bewährt.

→

Der Therapeut als Mitwisser

Gerade wenn man ganze Familien in Behandlung hat, kann es immer wieder passieren, dass ein Familienmitglied dem Therapeuten jetzt unbedingt eine „streng geheime Sache“ anvertrauen „muss“, was bestimmte andere aus der Familie auf keinen Fall je erfahren dürfen. Natürlich kommt ein solches Beziehungsangebot eines Familienmitgliedes in der Regel aus Not zustande und weniger aus Hinterhältigkeit, gleichwohl ist es für einen Psychotherapeuten eine gefährliche Falle im Sinne des Verlustes seiner Neutralität.

Das bewährte Gegenmittel lautet etwa so: „Bevor Sie mich in dieses wichtige Geheimnis einweihen, sollten Sie noch einmal Folgendes bedenken: Ich bin es natürlich durch meine Schweigepflicht gewohnt, Patientengeheimnisse sorgfältig zu bewahren. Und meines Wissens hab ich da auch noch nie einen Patzer gemacht. Aber ich bin eben auch nur ein Mensch, und auch nicht mehr der Allerjüngste, und darüber hinaus bin ich auch noch Psychiater, und jeder weiß, dass man eine gewisse Trotteligkeit mitbringen muss, um diese Qualifikation zu erwerben ... Kurzum, ich kann nie sicher sein, ob ich mich nicht doch einmal im Eifer eines Gespräches vielleicht verplappere, und schon war ich eine undichte Stelle für Ihr Geheimnis. Wenn Sie das bitte als Ihr Restrisiko berücksichtigen wollen, können Sie mich jetzt gerne einweihen.“

Metapher „Anästhesie“

Nun ein Muster von „schwierigem Patienten“, dem wir in der Systemaufstellerpraxis sowohl in Ambulanz als auch Klinik auch nicht selten begegnen. Es sind Patienten, die zunächst fast nichts von sich mitteilen und nach einiger Zeit ihre unvermittelte Abbruchabsicht ausdrücken. In der Regel sind dies Patienten, die ein schweres Psychotrauma erlitten haben und die sich zunächst nicht in der Lage sehen, davon zu erzählen. Sie haben sich so weit in die Psychotherapie gewagt, und plötzlich nimmt ihre Befürchtung überhand, dass sie diese Psychotherapie nicht aushalten werden. Sie signalisieren also, dass sie damit rechnen, ein Therapieversuch könne ihnen durch Reaktivierung ihrer traumatischen Erfahrung schaden.

Ihr plötzlicher unvermittelter Abbruchwunsch drückt nicht selten ihre Besorgnis aus, der Therapeut könnte sie nun zu den weiteren Schritten nötigen wollen, etwa mit der sie bedrängenden Argumentation, dass sie ja nun schon einmal gekommen seien, und ihr Kommen solle nun doch nicht umsonst gewesen sein und so weiter.

In dieser Situation habe ich mit folgendem Vorgehen recht gute Erfahrungen gemacht: Erstens muss der Therapeut

das Zurückschrecken sofort unbedingt ernst nehmen und bestätigen, er stimmt also zu, dass eine Familienaufstellung jetzt kontraindiziert ist und dass sogar der Abbruchwunsch völlig nachvollziehbar ist. Zweitens bestätigt der Therapeut dem Klienten sein Recht auf den Schutz, den der Klient für angemessen hält. Drittens bietet er ihm für den Fall, dass er heute doch noch bleibt, oder für ein nächstes Mal die hypnotherapeutische Metapher „Anästhesie“ an, die vor neuen Schmerzen quasi schützen soll, aber bei voller Selbstkontrolle (daher nicht „Narkose“). „Anästhesie“ für die Seele sei ein ganz natürlicher Anspruch eines Patienten und kein Luxus, denn jede Operation gelinge garantiert dann besser, wenn sie unter Anästhesie verlaufe.

Ich liefere also dezidiert die Botschaft, dass „Anästhesie“ erstens gerechtfertigt und zweitens möglich sei. Wichtig ist weiter meine Mitteilung, dass irgendwelche weiteren Schritte erst dann erwogen werden, wenn sich der Klient zuvor von der Tauglichkeit und Sicherheit der metaphorisch „anästhesierenden“ Maßnahmen fest überzeugen konnte. Der reiche Schatz unterschiedlichster Suggestionen, den die verschiedenen Formen der Hypnotherapie liefern, scheint mir jetzt optimal geeignet, um das Anliegen des Klienten nach Sicherheit und Kontrolle zu bestätigen und zu befriedigen, bevor er sich in der Lage sieht, sich auf irgendwelche Psychotherapie einzulassen – zumal eine so veränderungswirksame und unter Umständen auch konfrontierende Intervention wie eine Systemaufstellung.

Als ein Beispiel für eine dieser vielen hypnotherapeutischen Möglichkeiten zur Metapher „Anästhesie“ bringe ich jetzt eine Fallgeschichte, welche in ihrer Grausamkeit an die grimmischen Märchen heranreicht.

Eine Frau, Ende zwanzig, kam in die Klinik wegen Depressionen und der subjektiven Unfähigkeit, richtige Freundschaften zu wagen. Beim Aufnahmeinterview zeigte sie sich recht bizarr, indem sie mit drastischen Schimpfwörtern um sich warf: Sie wolle erst mal nichts anderes sagen, als dass sie alles „scheiße“ finde, die „Scheiß“-Klinik, die „Scheiß“-Therapie, vor allem aber sich selbst finde sie „scheiße“. Sie sagte all dies aber sehr freundlich lächelnd.

Der Aufnahmekarzt fragte sie, ob sie körperlich „scheiß“-gesund sei, oder ob sie irgendwelche „Scheiß“-Medikamente einnehme. Dieses Mitmachen bei ihrer „Scheiß“-Tirade schien ihr zu gefallen, und sie sagte, dass für den „Scheiß“-Anfang erst einmal alles „scheiß“-okay sei.

In der Sprache der Hypnotherapie war hier also das Joining und Pacing geglückt, die Patientin fühlte sich offensichtlich angenehm, weil der Arzt bei ihrer sehr ungewöhnlichen Kommunikationseröffnung der schlimmen Wortwahl ein bisschen mitgemacht hatte.

Sie schien sich in den nächsten Tagen in der Klinik gut einzuleben, man sah sie aber kaum Kontakte knüpfen. Es war deutlich, dass sie in der Therapie auf etwas aus war, sie schien aber sorgfältig für sich zu behalten, worum es sich handelte. Nach zwei Wochen suchte sie den Arzt für ein Einzelgespräch auf und eröffnete ihm ihren plötzlichen Abbruchwunsch.

„Warum?“ – „Weil ich sicher weiß, dass ich das hier nicht packe. Wenn ich mich auf das einlassen würde, worauf die anderen sich hier einlassen, würde ich ausflippen und daran zerbrechen.“

Der Arzt nahm an, dass es um die Befürchtung einer Retraumatisation ging, und er gewann sie schließlich, indem er ihre Ängste und ihren von Selbstschutz getragenen Abbruchwunsch ausdrücklich akzeptierte und unterstützte, und ihr dann die Metapher „Anästhesie“ anbot, wie oben beschrieben.

„Wie soll das gehen?“

Der Arzt: „Das müssen wir erst einmal individuell für dich herausfinden, dann machen wir die Anästhesie, als Nächstes musst du prüfen, ob sie hält, was sie verspricht, und dann sehen wir weiter.“

Die Patientin willigte ein, atmete auf und lehnte sich zurück. Da sie offensichtlich ihr Problem nicht ohne die Gefahr der Retraumatisation beschreiben konnte, wandte der Arzt jetzt Michael Whites externalisierende Methode der fiktiven Verdinglichung an: „Wenn dein Problem ein Ding wäre, wäre es dann ein unbelebter Gegenstand oder ein Lebewesen?“ – „Ein Lebewesen.“ – „Pflanze oder Tier?“ – „Eher ein Tier.“ – „Tier oder Mensch?“ – „Eigentlich weder noch ...“ – „Ein Fabelwesen?“ – „Ja! Ein Monster!“ – „Männlich oder weiblich?“ – „Geschlecht unbekannt.“ – „Farbe?“ – „Widerlich schwarz!“ – „Größe?“ – „Elefantös!“

Es wurde schnell deutlich, dass die Patientin ein bisschen Spaß an dieser spielerisch-fiktiven Pseudoproblembeschreibung bekam.

„Wo ist das elefantöse Monster gerade jetzt?“ – „Es steht zwanzig Zentimeter direkt vor mir, und ich kann nicht atmen.“ (Hier klang jetzt schon eine räumliche Fantasie wie bei einer Systemaufstellung an.)

„Hast du eine Idee, wie man dieses Monster ein bisschen auf Distanz kriegen oder es gar neutralisieren könnte?“ – „Überhaupt keine Idee!“ – „Wie viele weiße und gutartige Gegenmonster wären erforderlich, um das schwarze Monster in Schach zu halten?“ – „Mindestens fünf!“ – „Wo könnten wir die fünf weißen Monster herkriegeln? Könnte deine Familie die mobilisieren?“ – „Die auf keinen Fall!“ –

„Wem würdest du am ehesten zutrauen, dass er so eine positive Monstergang zur Verfügung stellen würde?“ – „Am ehesten der Therapeutin D. hier in der Klinik, die hab ich neulich kennen gelernt, bei der könnt ich mir das am ehesten vorstellen. Aber die ist heute nicht im Dienst.“

„Okay“, erwiderte der Arzt, „ich seh die D. heute Abend, und ich bespreche mit ihr, ob sie die fünf weißen Monster für dich auf den Weg schickt, vielleicht hat sie ja noch ein paar mehr davon in ihrer Kiste.“

Die Patientin sichtlich amüsiert: „Ja, das wäre gut. Soll das jetzt die Anästhesie sein?“ – „Nein, das ist sie noch nicht, denn ich hab ja noch nicht mit der D. gesprochen. Ich bin gespannt, ob du es merkst, wenn dein widerlich schwarzes Monster demnächst von mindestens fünf weißen Monstern aus dem Arsenal der D. umstellt ist. Und ich bin gespannt, ob du dann auch überprüfen kannst, ob das eine zuverlässige Anästhesie zur Folge hat. Anderenfalls such mich bitte wieder auf, und wir denken neu nach.“

Die Patientin zog sich zurück, sie wirkte in den nächsten Wochen gelöster, schien ein paar Kontakte zu Mitpatienten zu knüpfen, und sie zeigte sich gleichzeitig wachsam, dass ihr nichts und niemand zu nahe kam. Nach etwa vier Wochen schien sie sich hinreichend von der Tauglichkeit und Sicherheit der Metapher „Anästhesie“ überzeugt zu haben, denn sie suchte jetzt die Therapeutin D. zu einem Einzelgespräch auf.

Hier befürchtete sie offenbar keine allzu starke Wiederbelebung ihrer traumatischen Erfahrung mehr, denn sie kam sofort zur Sache, indem sie der Therapeutin unter Tränen, aber sehr gesammelt folgende Geschichte erzählte: Als sie zehn Jahre alt gewesen sei, habe ihre Mutter ihr betrunken erzählt, dass ihr vermeintlicher, vier Jahre jüngerer Bruder gar nicht ihr Bruder, sondern eigentlich ihr Vetter sei. Die Schwester der Mutter, also ihre Tante, habe diesen unehelich geboren, und man habe es nach außen so arrangiert, als ob dies ein Kind von ihrer Mutter, also ihr angeblicher Bruder sei. Als die Zehnjährige bald darauf zu Besuch bei dieser Tante war, habe sie dieses Familiengeheimnis naiv angesprochen. Daraufhin sei die Tante so außer sich vor Wut geraten, dass sie versucht habe, das Mädchen mit einem schweren Hammer zu erschlagen. Das Kind sei mit gebrochenen Füßen entkommen und auf allen vieren mehrere Kilometer durch einen dunklen Wald nach Hause gelangt. Dort sei die Mutter wieder sturzbetrunken gewesen, sie habe ihre Tochter verflucht und weggejagt. Irgendwie hätten Leute sie dann am Waldesrand gefunden und sie in ein Krankenhaus gebracht.

Nachdem die Patientin dies berichtet hatte, konnte die Therapeutin mit ihr gleich in derselben Sitzung eine spontane Quasi-Systemaufstellung machen, in deren glücklichem

Verlauf sie ihr die lösenden Vollzüge anbot, wie wenn sie in einer Aufstellung ihren beiden Eltern und den anderen gegenüberstünde.

Es stellt sich hier die Frage, wie die Metapher „Anästhesie“ wohl gewirkt haben mag. Ich vermute, dass hauptsächlich die Tatsache als eine günstige Tranceinduktion gewirkt hat, dass der Therapeut den Anspruch der Klientin nach Schutz und Kontrolle ernst genommen hat und mitgeteilt hat, dass eine ungeschützte Reexposition in die traumatische Szene – selbst nur eine in der Fantasie – von der Therapie keineswegs vorgesehen sei. Dies hat ihr das Vertrauen ermöglicht, dass sie sich humorvoll und amüsiert auf die Metapher von der „Anästhesie“ einlassen konnte und auf die imaginierten Monster, die die Zehnjährige in ihr offenbar besonders gut suggestiv angesprochen haben. Dies wiederum erschloss ihr offenbar Ressourcen, sodass sie wie unter anästhetischer Trance von dem Unaussprechlichen berichten und spontan in ein Aufstellungsäquivalent hineingehen konnte, was zu einem guten Langzeitergebnis führte.

Castaneda, C. (1973): Die Lehren des Don Juan. Ein Jaqui-Weg des Wissens. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.

de Shazer, S. (1989): Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme Verlag.

Fürstenau, P. (2002): Psychoanalytisch Verstehen – Systemisch Denken – Suggestiv Intervenieren, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, 2. Aufl.

Gallo, F. P. (1999): Energetische Psychotherapie. Kirchzarten: VAK.

Gilligan, S. (1991): Therapeutische Trance. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Hargens, J., v. Schlippe, A. (Hrsg.) (1998): Das Spiel der Ideen. Reflektierendes Team und systemische Praxis. Dortmund: Borgmann.

Hellinger, B. (1994): Ordnungen der Liebe, Heidelberg, Carl-Auer-Systeme Verlag.

Ingwersen, D. u. F. (2001): Das (unbekümmerte) Miteinander und Für-einander der Methodiken der „Neuen Heidelberger Schule“ und der „Phänomenologischen Methode“ Bert Hellingers im stationären psychosomatischen Setting der Klinik Rastede. In: Weber, G. (Hrsg): Derselbe Wind lässt viele Drachen steigen. Heidelberg, Carl-Auer-Systeme Verlag.

Ingwersen, F. (2003): Die Hinbewegung. Praxis der Systemaufstellung I. München: internationale Arbeitsgemeinschaft Systemische Lösungen nach Bert Hellinger e.V.

Ingwersen, F. (2005): Spaltungsphänomene und Suizidalität als besondere Herausforderungen im stationären Setting der Psychotherapie. Psychodynamische Psychotherapie 1. Stuttgart: Schattauer.

Kilian, H. (2001): Zur Systemischen Therapie der „Persönlichkeitsstörungen“. Familiendynamik 2. Stuttgart: Klett-Cotta.

König, O. (2004): Familienwelten. München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. München: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Schindler, H., Otto, W. (2001): Von Bad Herrenalb nach Rastede, Systemische Ideen in einer „Fachklinik für sprechende Medizin“. Systema 15-01.

Schweitzer, J., Weber, G. (1997): Störe meine Kreise! Zur Theorie, Praxis und kritischen Einschätzung der Systemischen Therapie. Psychotherapeut 4-97.

Simon, F. B. & Retzer, A. (1998 + 1999): Therapeutische Schnittmuster – Ein Projekt, aus „Familiendynamik“, Heft 2–4, 1998, + Heft 1, 1999, Stuttgart: Klett-Cotta.

Simon, F. B., Rech-Simon, C. (1999): Zirkuläres Fragen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

v. Schlippe, A., Schweitzer, J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen/Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.

White, M., Epston, D. (2002): Die Zähmung der Monster. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Zocker, H. (1989): betrifft: Anonyme Alkoholiker. Selbsthilfe gegen die Sucht. München: C. H. Beck.

- ¹ Chefarzt der Privatklinik Bad Zwischenahn (in Gründung), Seestr. 2, 26160 Bad Zwischenahn.
- ² Ich wurde im April 2004 als Chefarzt wegen „Meinungsverschiedenheiten über die strategische Ausrichtung“ fristlos gekündigt, und ich wehre mich dagegen durch Klage vor Gericht.
- ³ Ich tue mich mit diesen Fachtermini für diese Krankheitsbilder schwer. Ich möchte sie aus den verschiedensten Gründen am liebsten nicht benutzen, weil sie eine verdinglichende Beschreibung der Problematik suggerieren, die einer Lösung im Wege steht. So sagte einmal eine Patientin: „Ich möchte gerne als Borderlinerin diagnostiziert werden, weil ich dann eine längere Prognose habe und meine Therapeuten sich dann mehr um mich kümmern müssen und nicht so viel von mir verlangen können.“ Außerdem scheint es mir, dass das Wort „Borderliner“ auf dem besten Wege ist, zu einem diskriminierenden Schimpfwort im Alltagsgebrauch zu werden, so wie schon früher die Bezeichnungen „Psychopath“ und „Hysterikerin“ diesen Abstieg von wissenschaftlichen Fachwörtern in die Vulgärsprache genommen haben. Ich spreche teamintern bei dieser Symptomatik lieber von „Patienten mit spaltenden Kommunikationsmustern“. Das ließ sich aber leider nicht durchsetzen, weil der mündliche und schriftliche Sprachverkehr mit den Kostenträgern durch den ICD 10 vorgegeben ist. Gegenüber Patienten spreche ich lieber von Menschen, die sich manchmal im falschen Film wieder finden. Oder noch besser: in einem anderen Film.
- ⁴ Die AA haben hierzu ihre wundervolle uralte Bonmot: „Es gibt exakt nur sieben eigentliche Auslöser für Rückfälle: Montag, Dienstag, Mittwoch, und so weiter ...“
- ⁵ Das in Klammer kursiv Geschriebene ist eine Ergänzung von mir zu dem nach Bert Hellinger zitierten Satz.
- ⁶ Erst nach dieser Maßnahme wurde uns bewusst, dass alle von anderen ambulant tätigen Systemaufstellern durchgeführten Aufstellungen ja auch ausnahmslos wenige Tage vor der Abreise stattfinden, einfach deshalb, weil ein ambulantes Seminar kaum je länger als eine Woche dauert.
- ⁷ Entsprechend nehmen wir auch von allen Teilnehmern eines Seminars denselben Preis, und wir vereinbaren nicht zwei verschiedene Preisstufen: also eine höhere für diejenigen, bei denen es zur Systemaufstellung kommt, und eine niedrigere für die Teilnehmer, bei denen es zu keiner Systemaufstellung kommt. Wollten wir das tun, hätten wir die Sorge, wir würden all die anderen Interventionen entwerten, die wir auch in den Rundgängen zwischen den Systemaufstellungen anbieten, und die aus der humanistischen Psychologie, aus der systemisch-konstruktivistischen Familientherapie, aus de Shazers Brief Therapy, aus Farellys humorvoller provokativer Therapie, aus Ericksons Hypnotherapie und anderen mehr entnommen haben, und eben auch aus der phänomenologisch-systemischen Psychotherapie, von der die Systemaufstellung ja auch nur eine in einen Gesamtprozess eingebettete Komponente ist.
- ⁸ Damit will ich keineswegs einem Weiterbildungs nihilismus das Wort reden, nach dem Motto: Im Prinzip kann jeder eine Aufstellung leiten. Natürlich kann jeder im Prinzip die Systemaufstellerkunst erlernen, aber da die Methode eine so hohe Veränderungswirksamkeit hat, sollte sie für psychotherapeutische Zwecke – von besonders begründeten Ausnahmen abgesehen – ausschließlich von Professionellen, also Therapeuten, Pädagogen, Beratern und entsprechend Vorgebildeten, ausgeübt werden.