

# Ein schweres Symptom wie eine Klippe umschiffen

Friedrich Ingwersen

„Ein Symptom umschiffen man wie eine Klippe“, hat Bert Hellinger einmal gesagt.

Was hat er damit gemeint? Für mich heißt das: Ein Psychotherapeut sollte sich mit dem Symptom seines Patienten so viel beschäftigen, wie es die Höflichkeit des Therapeuten und die Erwartung des Patienten verlangen, und kein bisschen mehr. Und stattdessen sollte man möglichst früh den Blick auf die gute Lösung richten.

Für solch ein lösungsorientiertes Vorgehen macht es häufig Sinn, ein Symptom wie eine metaphorische Existenz – zum Beispiel eine Klippe – oder auch wie ein lebendes Wesen – zum Beispiel ein Tier oder ein Mensch – zu betrachten. Und so ein Wesen, genannt Symptom, hat vielleicht auch so etwas wie einen Selbsterhaltungstrieb. Wollte ein Therapeut ihm zu Leibe rücken, würde es sich womöglich wehren und seine Wehrhaftigkeit demonstrieren.

### **Kasuistik: Die Ampel auf Rot**

Bevor ich meine Gedanken über das unvermeidliche Machtspiel zwischen Symptom und Therapie darlege, möchte ich einige Beispiele solcher Machtdemonstrationen von Symptomen bringen.

Dazu erzähle ich zunächst eine frische Fallgeschichte:

Vor einiger Zeit hat ein Patient unsere Klinik verlassen – nach vier Wochen, etwa drei Wochen früher, als er zunächst eingeplant hatte, und er äußerte sich hochzufrieden und voll des Lobes für unsere Arbeit. Wir hatten allerdings nach unserer Auffassung überhaupt nichts für ihn erreicht.

Zunächst aber seine Vorgeschichte: Er war Mitbegründer eines Ingenieurbüros. Inmitten einer Auftragskrise seiner Branche hatte er einige Jahre großen Erfolg gehabt. Er hatte eine Frau, die er liebte und die ihn liebte. Vor zwei Jahren hat er sein Büro verlassen, ist in eine andere Stadt gezogen, wo er eine Ferienwohnung besaß, und er hat den ganzen Tag als Arbeitsloser im Park verbracht. Seine Frau ist inzwischen auch arbeitslos, und es ist schon mehrmals zu gewalttätigen Szenen zwischen den beiden gekommen.

Also handelt es sich hier um ein psychosozial wirklich ernstes und schweres und darüber hinaus um ein gefährliches Symptom. Ein Symptom, das nach Lösung drängt, andernfalls könnte etwas Schlimmes passieren.

Wir haben zunächst unser Augenmerk darauf gerichtet, gewissermaßen eine ebenso gute Beziehung zu diesem Symptom wie zu dem Patienten selbst aufzunehmen, und den „Tanz mit dem Symptom“ begonnen, wie ich das

nenne. Das bedeutet, dass wir sehr sorgfältig die Anamnese durchgeführt haben, ihn untersucht haben und alles getan haben, was von Ärzten und Psychotherapeuten zunächst üblicherweise erwartet wird. Wir haben also durch die Art unserer Untersuchungen und diagnostischen Überlegungen dem schweren Symptom die nötige Aufmerksamkeit erwiesen.

Wir hatten dabei die Erwartung, dass wir aus seiner Anamnese einen Hinweis auf ein schweres traumatisierendes Schicksalsereignis finden würden, welches sich entweder in seinem Leben oder dem Leben eines seiner Vorfahren ereignet hätte. Wir gingen weiter von unserer Hoffnung aus, dass die Kenntnis um ein solches Ereignis es uns ermöglichen würde, geeignete therapeutische Interventionen für unseren Patienten zu entwickeln, durch die die Folgen eines verborgenen Traumas lösend zu beeinflussen sein würden – vorzugsweise im Rahmen einer Familienaufstellung.

Dabei nahmen wir weiter an, dass das schwere Symptom unseres Patienten – Rückzug aus der Arbeitswelt und eheliche Gewalt – in Beziehung zu einem noch aufzufindenden, in der Vergangenheit liegenden traumatisierenden Schicksalsereignis stehen müsste, welches mit hin ähnlich schwer sein müsste wie das präsentierte Symptom selbst. Zu unserer Überraschung wurden wir aber nicht fündig.

Der Patient hatte sich inzwischen zwar sehr gut in das Haus eingelebt, er war ein sehr charmantes Mitglied der Patientengemeinschaft. Wir haben auch seine Frau zum Partnergespräch eingeladen. Aber wir fanden bei all unseren bisherigen Untersuchungen und Beobachtungen weder in seiner Familiengeschichte noch in seiner jetzigen Geschichte einen einzigen systemischen beziehungsweise transgenerationalen Hinweis, der zu der Schwere dieses Symptoms hätte passen können.

An dieser Stelle war es für mich dann wichtig, ihn zu fragen – obwohl er schon über 40 war –, ob man seine alten Eltern nicht ebenfalls zu einem Angehörigenesgespräch einladen könnte. Hierbei hatte ich die Hoffnung, diese dafür zu gewinnen, uns vielleicht irgendeine Information zu geben, die uns weiterführen könnte.

Meine Annahme war hier, dass die alten Eltern einen solchen Hinweis auf ein Kriegstrauma in der Familie andeuten könnten. In deutschen Familien gibt es zweifellos besonders viele Geheimnisse angesichts der Geschichte des zwanzigsten Jahrhunderts – Geheimnisse, in denen Angehörige oder Vorfahren sowohl als Täter als auch als Opfer vorkommen, und für beide Versionen gibt es die unterschiedlichsten Gründe, dass man sie schamhaft geheim hält.

Jedoch war es meine Hoffnung, dass die Eltern in dieser Situation doch vorsichtig ein solches eventuelles Familiengeheimnis lüften würden – angesichts dieses schweren Symptoms ihres Sohnes. Denn es ist unsere Erfahrung, dass Eltern oder Großeltern in vergleichbaren Situationen doch

noch einmal von den alten Kriegstraumata erzählen, wenn sie in einem solchen Gespräch die Hoffnung erleben, dass damit ihren Nachkommen noch psychotherapeutische Hilfe zuteilwerden könnte.

Als ich ihm also diese Anregung machte, dass seine Eltern kommen mögen, war seine strikte Antwort, dass das auf keinen Fall möglich sei. Der Vater sei zu hinfällig, die Mutter sei zu beschäftigt und so weiter. Jetzt war es also offensichtlich, dass wir hier an ein Tabu, also ein um jeden Preis zu schützendes Geheimnis, gestoßen waren. Und dabei hatten wir den Eindruck, dass er jetzt dieses Tabu ebenso unbewusst wie loyal verteidigte.

Und er fügte umgehend hinzu: „Jetzt möchte ich bald abreisen, und vorher möchte ich eine Aufstellung.“

Ich antwortete: „Ich habe im Augenblick überhaupt keinen Hinweis, um in irgendeiner Weise eine Systemaufstellung zu beginnen. Ich sehe hier zwar kein grundsätzliches Hindernis, eine Aufstellung zu machen, aber meine Vorstellung ist die, dass ich gewissermaßen ‚aus deinem System‘ oder ‚von deinen Ahnen‘ einen solchen besonderen Hinweis bekommen sollte, damit ich mich berechtigt fühle, zu diesem Zeitpunkt eine Systemaufstellung zu wagen.“

Das hat ihn sichtlich bewegt. Dann sagte er: „Okay, ich habe meine Eltern schon alles zur Familiengeschichte gefragt. Ich frage noch die beiden alten Tanten, jeweils Schwester eines Elternteils.“ Die eine Tante konnte er am Telefon erreichen, und er brachte danach einen ganzen Zettel voll mit Notizen. Aber keine dieser weiteren Informationen aus der Familiengeschichte war von der Art, dass sie zu der Schwere seiner Symptomatik passte.

Und dann habe ich gesagt: „Ich glaube, wir können im Augenblick nichts machen.“ Da strahlte er vor Erleichterung.

Es kam dann zu seiner Entlassung aus unserer Klinik nach Hause, und wir haben ihn an einen Psychiater überwiesen, der bevorzugt mit Medikamenten behandelt, weil wir glaubten, dass zur Zeit nur ein solcher eher nicht psychotherapeutisch arbeitender Kollege in der Lage ist, mit einem so schweren und gefährlichen Symptom angemessen umzugehen im Sinne von „Halt geben“. Und er ging, wie gesagt, voll des Lobes über unsere Arbeit und unsere Kompetenz.

Meine Arbeitshypothese zu diesem Fall ist jetzt die, dass sein verinnerlichtes System uns eine rote Ampel hingestellt hat. Und so haben wir vielleicht einen Pluspunkt an Vertrauenswürdigkeit bei diesem seinem System durch unser respektvolles Nichthandeln gemacht. Vielleicht gibt es einmal für uns oder für andere Therapeuten eine zweite Chance, und dann kommt vielleicht grünes Licht aus seinem unbewussten verinnerlichten Familiensystem.

Als er sich verabschiedete, hat er auch gefragt, ob er einmal wiederkommen könnte. Denn zweifellos hegte er auch eine hintergründige Enttäuschung darüber, dass für ihn in dieser Klinik keine der guten Lösungen in Aufstellungen möglich geworden war, wie er es bei seinen Mitpatienten beobachtet hatte.

Zusammenfassend möchte ich zu diesem Fallbeispiel sagen, dass dieser Patient und seine Angehörigen einerseits an seinen schweren Symptomen leiden: Rückzug von der Arbeit und der Welt und bedrohliche Ehestreitigkeiten. Andererseits wurde der Therapie vonseiten irgendeines verborgenen Familientabus ein deutliches Stoppsignal in den Weg gestellt. Und als dieses geachtet wurde, war der Patient paradoxerweise hochzufrieden, obwohl doch nichts hinsichtlich seiner Beschwerden erreicht war. Wenigstens hatten wir die gefährliche Klippe umrundet. Soweit hier diese Fallgeschichte.

### Scham bei Therapieerfolg

Als Nächstes möchte ich zu diesem Thema „Symptom als Klippe“ die Beobachtung eines auffälligen Musters bringen:

Ich hatte über die Jahre mit drei verschiedenen unserer anorektischen Patientinnen jeweils nach der Behandlung in der Klinik sehr identische Erlebnisse, sodass hier also von einem stabil sich wiederholenden Muster gesprochen werden kann. Dieses Muster lief jedes Mal recht stereotyp so ab: Die jeweilige anorektische Patientin kam etwa ein Jahr nach der gelungenen stationären Behandlung mit einer Idealfigur wieder in die Klinik zu Besuch. Und ich sagte dann jeweils naiverweise: „Hallo, du siehst ja fantastisch aus!“

Dann war es jedes Mal, wie wenn eine Jalousie herunterrasselte. Mein jeweiliges Gegenüber verabschiedete sich jetzt sehr schnell. Alle drei Patientinnen kamen darauf nach einem halben Jahr noch einmal, wieder ganz furchtbar mager. Ich hatte naiverweise das Symptom angesprochen und dabei offensichtlich ein schambefahntes Tabu verletzt. Und entsprechend hatte ich an dieser Klippe gehörig Schiffbruch erlitten. So weit das offensichtliche Muster. (Ich erfuhr dann später um „Ecken“, dass die jungen Frauen alsbald wieder normgewichtig geworden waren, aber der Kontakt zu mir war vorbei.)

Dann – bei einer anderen Gelegenheit – widerfuhr mir Folgendes: Die – ich muss sagen – „schlimmste“ Anorektikerin, die ich je behandelt hatte, hatte eine Körperlänge, wie sie heute bei Models üblich ist – nämlich mit einem Meter fünfundsiebzig deutlich größer als ich. Und entsprechend behandelte sie mich von oben herab.

Ich hatte sie damals als meinen schlimmsten Fall von Magersucht erlebt, denn sie hatte nicht nur Anorexie, sondern auch noch Diabetes. Sie konnte mit ihrer Insulinspritze ihren

Hunger regulieren beziehungsweise manipulieren, und das verlieh ihr große vermeintliche Macht über ihr Hungergefühl. Sie war wirklich dünn wie ein Strich, und sie hatte durch den schlecht eingestellten Diabetes schon 80% ihres Augenlichtes verloren.

Damals habe ich – das war in der 80er Jahren – mir dann bei Bert Hellinger in Airing Supervision geholt. Ich wollte den Fall schildern und begann also: „Sie hat gleichzeitig schwere Anorexie und schweren Diabetes.“

Bert Hellinger unterbrach mich sofort und fragte nur: „Welche Aussicht hat dieser Fall?“

Als ich spontan sagte: „Keine Aussicht“, sagte er nur noch zu den anderen Gruppenteilnehmern: „Danke, der nächste Supervisionsfall bitte.“ Eine solche kurze, krasse Intervention war nicht untypisch für Bert Hellingers damaligen Supervisionsstil.

Danach wurde mir auf dem Heimweg bewusst, dass mir in zwei Angehörigengesprächen mit ihren Eltern und Geschwistern deutlich geworden war, dass das Thema der tödlichen Bedrohung dieser Patientin in dieser Familie ein offensichtliches schambesetztes Familientabu war. Immer wenn ich dieses Thema ihrer aktuellen Todesgefahr angesprochen hatte, hatte eines der Familienmitglieder irgendeinen ablenkenden Witz gemacht, und alle anderen hatten heftig darüber gelacht und dann dafür gesorgt, dass der Fokus der Konversation woanders hingelenkt wurde.

Und angesichts dieses Familientabus nahm ich mir als Nächstes vor, ihr in der folgenden Gruppensitzung eine Betrachtungstechnik anzubieten, die aus dem NLP stammt.

Sie saß dann also da und sagte herablassend wie immer: „So, Doktorchen, was kannst du denn jetzt mal für mich tun?“

„Stell dir vor, du stehst auf einer Linie. Und wenn du dich umschaust, wenn du also nach hinten schaust, siehst du am Ende der Linie deine Geburt. Und wenn du dann nach vorn schaust, dann steht da einer, der ist größer als du, und dem schaust du mutig in die Augen.“

Mit dieser meiner einerseits konfrontativen und andererseits doch hinreichend dezenten Intervention zu dem in ihrer Familie tabuisierten Thema Tod hatte sie zunächst genug von meiner Therapie – sie war bedient, wie sie sagte. Sie blieb dann noch 14 Tage in der Klinik und inszenierte ein wundervolles lustiges Entertainment-Programm für die Mitpatienten am Lautsprecher des Saales – sehr kreativ und für alle Beteiligten sehr amüsant. Und zum Schluss hatte sie ein wenig zugenommen, sie nahm freundlich Abschied, und sie äußerte sich positiv über unsere therapeutische Arbeit.

Daraufhin habe ich sie drei Jahre nicht mehr gesehen, und dann kam sie zu Besuch mit einer Figur wie Marilyn

Monroe, weshalb ich sie jetzt auch nicht erkannte. Und das erwies sich diesmal als meine Chance, einer weiteren Wiederholung des vorher genannten Musters zu entgehen, denn ich sagte dieses Mal eben nicht: „Hey, du siehst aber toll aus.“ Sondern ich sagte: „Kennen wir uns?“

Und sie gab sich amüsiert zu erkennen. Ich habe dann natürlich zum einen für mich gestaunt und zugleich in diesem Moment begriffen, dass ich jetzt nicht auf ihre Figur zu sprechen kommen darf. So hatte ich diesmal das direkte Anrühren des Themas Figur vermieden. Hätte ich es angesprochen, hätte ich vielleicht – wie in den vorherigen drei Fällen – ihre und ihrer Angehörigen Tabus angesprochen und damit die Scham strapaziert, welche auf irgendeine Weise mit diesen Tabus assoziiert sein muss.

Aus diesen Erlebnissen von Muster und Musterunterbrechung wurde mir die überragende Bedeutung der Familienscham klar, die durch die vorgetragenen Fallgeschichten deutlich wird und bei der es um den sorgfältigen Schutz von Familientabus geht.

### **Therapeutischer Triumph bedroht den Erfolg**

Ein Therapeut, der sich über einen Therapieerfolg sichtlich freut – zum Beispiel über eine Idealfigur –, der riskiert, dass eine solche Freude von der Patientin und ihrer Familie als Triumph über ihr Leid aufgenommen werden könnte. Um diese Scham zu schützen, kam es in den ersten drei Anorexiefällen offenbar leider dazu, dass diese Patientinnen sofort wieder abnahmen, um dann erneut zu Besuch zu kommen und mir die ungebrochene Macht ihres Symptoms vor Augen zu führen. Ein zerstreuter und vergesslicher Therapeut hat dagegen eine gute Chance auf eine Unterbrechung dieses Musters, indem er die Verletzung der Familienscham unterlässt. Selbstverständlich verzichte ich seither darauf, meine Freude allzu sehr zu zeigen, wenn ein Symptom sich zurückgezogen hat.

Entsprechend wurde in dem zuerst genannten Fall des Mannes unser Verzicht auf eine Systemaufstellung, mithin eine hochwirksame Intervention, gleichermaßen vom Patienten positiv aufgenommen, obwohl dies den vorerst erfolglosen Abbruch der Behandlung nach sich zog, offenbar weil das Respektieren eines offenkundigen Familientabus zunächst Vorrang vor einer Aussicht auf Therapieerfolg hat.

Mir ist dann auch meine eigene persönliche Selbsterfahrung angenehm in Erinnerung gekommen, bei der es sich zeigte, dass Bert Hellinger auch in mancher Hinsicht vergesslich ist. Denn da ich weiß, dass Bert Hellinger alles davon vergessen hat, habe ich sehr viel Verständnis für das heimliche Wohlbefinden meiner schamhaften Patienten, wenn sie auf meine ausgeprägte Vergesslichkeit schauen. So viel also zum Aspekt der Familienscham.

### **In Dialog kommen mit einem schlimmen Symptom**

Im Folgenden möchte ich fortfahren so zu tun, als seien Symptome eigenständige Existenzen wie eine gefährliche Klippe oder auch eigenständige Wesen mit charakteristischen Persönlichkeitsmerkmalen, die ich jetzt mehr oder weniger bildhaft schildern möchte.

Ein Symptom zeigt sich oft wie ein kleines Baby. Zumindest bei denjenigen Patienten, die mit dramatischen Beschwerden wie einem Waschzwang oder einer Suizidalität in die Klinik kommen. Dann macht das Baby „gerne“ eine große „Show“, bestehend aus den Zutaten Gefahr, Verzweiflung, dem Risiko des therapeutischen Scheiterns und dergleichen mehr. Das Symptom ist also wie eine kompromisslose Warnanlage, die nachdrücklich meldet, „etwas ist nicht in Ordnung“.

Gleichzeitig ist das Symptom aber auch eine Sphinx, welche über eines oder mehrere Geheimnisse wacht – also die Familienscham.

Einerseits schreit und lärmt das Baby: „Alarm, Alarm, etwas ist nicht in Ordnung, alle sollen wissen, dass etwas nicht stimmt!“ Andererseits erlaubt die Sphinx nicht, dass herauskommt, was nicht stimmt.

Nicht selten ist es auch durchaus gerechtfertigt, ein Symptom mit einem terroristischen Kidnapper zu vergleichen, der großen Druck auf die Therapie ausübt durch seine Botschaft: „Tu sofort etwas, sonst passiert demnächst etwas Schlimmes!“ Zum Beispiel, dass der Patient die Behandlung abbricht oder sich etwas antut.

Was hat sich nun bewährt im Umgang mit solchen kompromisslosen, machtbewussten, ihre Schrecklichkeit demonstrierenden, aber zugleich inhaltlich geheimnistuerischen Symptomen?

Am Anfang empfiehlt sich natürlich naheliegenderweise – und das ist ja auch nichts Besonderes –, dass man zunächst einmal die Erwartungen des Patienten und seines Symptoms erfüllt – zumindest bei schwerwiegenden Symptomen wie Selbstverletzungen oder angedrohtem Beziehungsabbruch. Denn solche Patienten würden es nicht tolerieren, wollte man gleich eine therapeutische lösungsorientierte Intervention anbieten, in dem Sinne, dass man sagte: „Machen wir mal gleich eine Aufstellung, das Problem kennen wir jetzt hinreichend genau, das braucht jetzt nicht mehr eingehender untersucht zu werden.“ Diese Patienten würden in diesem frühen Stadium eine solche lösungsorientierte Intervention sabotieren oder entwerten, und dann wäre ein wertvolles therapeutisches Instrumentarium vergeudet.

Gegenüber solchen schweren Symptomen wie Suizidalität oder Zwangskrankheiten sind wir ja tatsächlich in einer vergleichbaren Situation wie ein Polizeipsychologe, der einem erpresserischen Kidnapper gegenübersteht. Ich

denke da an eine Szene aus einem dieser Hollywoodfilme mit dem Schauspieler Eddie Murphy, der als Polizist in einer schusssicheren Weste, aber unbewaffnet mit erhobenen Händen und statt mit einer Waffe mit einer Tüte mit Fast Food in der einen erhobenen Hand dasteht und versucht, mit einem gefährlichen Bankkidnapper ins Gespräch und in Verhandlung zu kommen – weil dieser inzwischen hoffentlich hungrig ist.

So erleben wir Therapeuten uns manchmal gegenüber solchen Symptomen, die sich so bedrohlich zeigen: Wir stehen weitgehend ausgeliefert vor der Machtdemonstration des Symptoms, und wir müssen erst einmal schauen, wie wir ihm entgegengehen und es notfalls füttern und hoffentlich irgendwie in ein Gespräch kommen.

Also, zunächst einmal gilt es, die Ansprüche, Forderungen und Erwartungen des Gegenübers weitestgehend zu erfüllen. Fertig, aus. Wenn der Patient also sagt: „Ich brauche jeden Tag mindestens eine Stunde Gespräch mit dem Chefarzt“, dann sollte man – zumindest als Kliniker – sagen „Selbstverständlich sofort!“ Und dann sollte man nach meiner Erfahrung das tun, was der Patient und seine Familie von einem Behandler in dieser Situation erwarten, und man sollte möglichst das vermeiden, was sie nicht erwarten – wenigstens für eine Weile. Im übertragenen Sinne würde ich sagen, man sollte dieses so lange tun, bis das Symptom sich genug ernst genommen erlebt und entsprechend Vertrauen gefasst hat.

### Tanz mit dem Symptom

Wichtig ist jetzt also die Kunst, sich dem Symptom ein Stück weit zu fügen und sich jedoch gleichzeitig nicht völlig zu unterwerfen, das heißt, sich als Therapeut entwerten zu lassen. Ein vor einigen Jahren verstorbener, von mir sehr geschätzter systemischer Autor, Carl Whittaker, hat seine psychotherapeutische Behandlung „Dancing with the Family“ genannt. Ich möchte für unsere Klinikarbeit entsprechend vom „Tanz mit dem Symptom“ sprechen.

Whittaker hat beschreibend jeweils drei Phasen einer psychotherapeutischen Behandlung herausgearbeitet. Die erste Phase nennt er „struggle for structure“. Er meint hierbei die unausgesprochene Auseinandersetzung um die Frage:

„Wer hat das Sagen in der Beziehung?“ Das Symptom oder die Therapie? Mit leichteren Symptomen kann man von vornherein verhandeln. Bei schweren Symptomen mit terroristischen Zügen machen die Therapeuten zunächst tunlichst einfach alles, was das Symptom fordert, und versuchen dann allmählich, den gemeinsamen Tanz langsam und behutsam in eine andere Richtung zu ändern. So stelle ich mir auch vor, dass ein Polizeipsychologe mit einem Terroristen ins Gespräch zu kommen bemüht ist, um zunächst eine Gefahreneskalation zu vermeiden und Schlimmeres zu verhüten.

Wichtig ist es also auch, dass der Therapeut in dieser ersten, eher permissiven Phase darauf achtet, dass er sich nicht komplett entwerten lässt. Das gelingt meistens dadurch, dass man das Symptom für etwas gefährlicher erklärt, als es dem Patienten lieb ist.

Ein Beispiel dafür – ein suizidaler Patient sagt vielleicht: „Solange ich hier in der Klinik bin, tue ich mir nichts an.“

Und der Therapeut sagt dann: „Oh, oh, wenn Sie man nicht Ihre Suizidalität unterschätzen! Die ist viel gefährlicher, als Sie glauben. Sie kennen sie besser als ich, Sie sind näher dran, aber ich bin Zeuge von mehr Suiziden gewesen als Sie. Wir müssen Ihre Suizidalität viel ernster nehmen, als Ihnen recht sein mag. Daher muss ich jetzt anordnen, dass ein Teammitglied sich in den nächsten Tagen mehrmals täglich nach Ihrer Suizidalität erkundigt, wie drängend sie gerade ist.“

Es ist mir hierbei in der Arbeitsbeziehung wichtig, dass ich mit meiner Vorsicht dem Patienten durchaus ein bisschen lästig bin, indem ich ihn häufiger frage oder durch das Team fragen lasse, ob er zurzeit noch glaubt, dass er morgen noch am Leben ist. Und ich teile es dem Patienten auch mit, dass ich mir dessen bewusst bin, ihm jetzt lästig zu sein mit meiner Übervorsicht, dass ich aber das professionell brauche für mein eigenes inneres Gleichgewicht angesichts dieses gefährlichen Symptoms.

Wenn diese erste Phase, die Whittaker also „struggle for structure“ nennt, gelingt, dann haben also der Patient, seine Familie und vor allem das von mir mit einer virtuellen wesenhaften Identität versehene Symptom genug Vertrauen in die Therapie gefasst, nämlich dass diese Therapie einerseits das Symptom und das Leid der Betroffenen achten und ernst nehmen kann. Und andererseits sind diese Therapeuten durch ihren eigenen Respekt vor der Gefährlichkeit des Symptoms doch nicht depotenziert und entwertet. Und darüber hinaus kann das Patientensystem auch noch kompetente Hilfe zur Veränderung erwarten. Wenn das also glückt, dann hört das Symptom mithin schrittweise auf, Macht zu demonstrieren und Druck zu machen, der Patient kommt mithin einigermaßen zur Ruhe.

Jetzt kommt als zweite Phase das von Whittaker so genannte „struggle for initiative“, also die Auseinandersetzung um die Initiative. In der Tendenz zeigt sich diese Phase derart, dass das Patientensystem jetzt nonverbal sinngemäß signalisiert: „Okay, der Doktor lässt sich durch nichts beeindrucken. Dann soll er sich jetzt mal etwas einfallen lassen, ich setze mich erst einmal hin und mache gar nichts.“ Das ist also eine zweite Phase in der Therapie nach dem ersten Strohfeder, in der scheinbar nichts läuft. Bert Hellinger pflegte früher in den Gruppen in diesem Zusammenhang zu sagen: „Es muss noch köcheln.“

## „Der Therapeut verzichtet auf den Erfolg“

(Bert Hellinger)

Hier müssen die Therapeuten also immer noch Nervenstärke zeigen, indem sie noch nichts anbieten, was den Charakter von veränderungsorientierter Intervention hat, weil das Patientensystem gewissermaßen noch heimlich darüber schmolzt, dass es zugelassen hat, dass seinem Symptom de facto ein Stückchen Macht entzogen wurde.

Die dritte Phase nach Whittaker bricht dann an, wenn die Patienten sich ernsthaft und zugleich entspannt an einer Lösung interessiert zeigen, wobei das Symptom trotz der in Aussicht stehenden Veränderung inzwischen immer noch Ruhe gibt. Jetzt kann also endlich lösungsorientiert interveniert werden, jetzt ist Traumatherapie im engeren Sinne möglich, erst jetzt bereiten wir eine Systemaufstellung vor. Jetzt erst kommt es mithin in der Klinik zur eigentlichen Psychotherapie.

Ich möchte an dieser Stelle noch ein paar für die Praxis taugliche Möglichkeiten und Kunstgriffe nennen, wie man über diese erste genannte Auseinandersetzungsphase hinwegkommen kann, um das Feuerwerk der Machtdemonstrationen der Symptome als Therapeut weitestgehend unbeschadet zu überstehen.

Ich denke, dass diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die eine körperpsychotherapeutische Qualifikation haben, hier im Vorteil sind. Ganz gleich, welcher körpertherapeutische Ansatz es auch sei, wobei ich zum Beispiel konzentrierte Bewegungstherapie, meine Tanztherapie, Hypnotherapie, emotionale Psychotherapie, Homöopathie, Akupunktur, energetische Ansätze und was auch immer. Der große Vorteil der körperorientierten Verfahren besteht darin, dass hier besondere Chancen sind, den Patienten dafür zu gewinnen, andere Fokussierungen anzunehmen, auf andere Weise neugierig zu werden, einen anderen Blickwinkel gegenüber dem Symptom einzunehmen und so weiter.

Das hat sich als äußerst wertvoll erwiesen, und sei es, dass es vordergründig zunächst einmal vielleicht nur ein bisschen Entspannung schafft. Allerdings ist unter Umständen jedes bisschen Entspannung von größtem Wert in einer Situation, in der ein Patient von einem schweren Symptom gepeinigt wird, wenn man an Schlafstörungen, Depressionen oder psychogene Schmerzzustände denkt.

### Utilisationen: Neugierde, Dramaturgie, Humor und anderes

Das Wichtigste in der Auseinandersetzung mit der Machtdemonstration des Symptoms ist, dass ich dem Patienten etwas anbiete, was er bis jetzt noch nicht erlebt hat, was er noch nicht kennt, was ihn also auch möglichst neugierig macht. Und Neugierde ist häufig etwas, womit im übertragenen Sinne ein „Terrorist“ ein bisschen aus dem Tritt zu

bringen ist. Wenn es sich also ganz fürchterlich zuspitzt, schlage ich zum Beispiel ein dringliches Angehörigengespräch vor. Je weiter weg die Angehörigen wohnen, desto besser. Denn in Anbetracht der Schwere des Symptoms kann ich jetzt zum Beispiel sagen:

„Wir müssen jetzt wirklich etwas unternehmen, wir machen jetzt etwas Ungewöhnliches. Ich brauche die Mitwirkung deiner Exfrau.“

„Wieso meine Exfrau?“

„Da deine Eltern schon verstorben sind, ist sie diejenige, die dich am längsten kennt.“

„Aber wir haben uns fünf Jahre nicht gesehen!“

„Ja, aber sie ist die Mutter deiner Kinder, und ihr habt vorher 15 Jahre zusammengelebt.“

„Ja, aber sie ist Lehrerin und hat eine Klasse im Abitur und wohnt in Stuttgart – siebenhundert Kilometer von hier!“

„Ja, natürlich, das ist mir klar, dass das eine Zumutung für sie und dich ist, aber wenn wir uns die Schwere des Symptoms anschauen, muss jetzt dringend etwas derart Drastisches passieren.“

Es ist deutlich, dass hier tatsächlich eine Art von Dramaturgie mit einer gewissen Situationskomik inszeniert wird. Und das halte ich auch für richtig und ethisch, weil ein dramaturgischer und auch ansatzweise humorvoller Umgang mit dem Symptom, so gefährlich es sein mag, eine realistische Chance bringen kann, die zugespitzte Situation fachgerecht zu entschärfen. Viele Patienten lassen in solchen Zusammenhängen auch durchblicken, dass diese mehr oder weniger dramatische Inszenierung ihnen jetzt auch auf eine Weise guttut.

Wenn wir Angehörige einladen, dann machen wir sehr schnell klar, dass die Angehörigen von uns nicht wie Patienten „mitbehandelt“ werden. Vielmehr ist der Patient unser Auftraggeber. Wir sind im Grunde Auftraggeber des Angehörigen, der freundlicherweise kommt, um uns bei der Arbeit zu helfen. Und wir sagen den Angehörigen gleich am Anfang sehr deutlich, wie wichtig es uns ist, dass sie von uns als wohlwollende Gehilfen geschätzt werden.

Denn gerade wenn zum Beispiel die Eltern von jungen Erwachsenen eingeladen werden, kommen diese natürlich häufig mit der unausgesprochenen Befürchtung, dass sie jetzt von diesem „Psychomenschen“ an den Pranger gestellt werden wegen ihrer früheren „Erziehungsfehler“ und so weiter. Diese Sünde eines unangemessenen Tribunals über die Eltern haben einige Therapeuten in den Siebzigern vielleicht manchmal mehr oder weniger ausgiebig begangen.

## Zirkuläres Fragen

Dann machen wir mit den Angehörigen ein sehr lösungsorientiertes Interview im Sinne der ericksonschen Technik und der zirkulären Fragetechnik, wobei darauf hinzuweisen ist, dass prinzipiell jede Frage eigentlich auch immer eine Suggestion beinhaltet. So tragen wir zum Beispiel den Angehörigen vor, dass eine Erstverschlechterung aller unserer Patienten nach der Heimkehr aus der Klinik grundsätzlich denkbar ist. Und dann fragen wir die Angehörigen: „Was glauben Sie, wie lange es brauchen wird, bis zu Hause diese Erstverschlechterung vorübergegangen ist, bis also die Talsohle durchschritten ist und es dem Patienten dann spontan endlich mal richtig gut geht?“ Die implizite Suggestion dieser Frage ist also die nahegelegte Erwartung, dass es tatsächlich spontan wieder besser werden wird.

Nach dieser Frage dann ist es uns eher weniger wichtig, was die Angehörigen jetzt antworten. Vielmehr kommt es uns darauf an, dass wir auf diese Weise hoffentlich dezent suggeriert haben, dass im Falle einer solchen eventuellen Erstverschlechterung nach der Heimkehr der Patient und seine Angehörigen unbewusst nach einer gewissen Zeit auf die unterschwellig prophezeite Spontanbesserung fokussieren. So hoffen wir, mit noch etwa zehn bis fünfzehn anderen ähnlichen zirkulären Suggestionen genug Rückfallprophylaxen in einem solchen Angehörigengespräch zu etablieren.

In einer zweiten Etappe dieses Angehörigengesprächs interessiert uns, was alle wichtigen abwesenden Angehörigen, zum Beispiel Geschwister, Eltern und Großeltern, jetzt wohl kommentieren würden, wenn sie jetzt hier anwesend wären. Das interessiert uns auch dann, wenn diese schon tot sind. So entsteht die Chance, dass zum Beispiel ausgeklammerte Systemzugehörige angesprochen werden und indirekt selber sozusagen zu Wort kommen. So ist es an dieser Stelle unsere Hoffnung, dass die Ausgeklammerten eines Systems in Vorbereitung für die spätere Systemaufstellung vorwegnehmend in den Blick genommen werden.

## Implizites Bitten um impliziten Segen

In den meisten Fällen ist es nach einem solchen Angehörigengespräch, als hätte sich viel innere Spannung beim Patienten reduziert, zumal er die meiste Zeit während des Interviews zum Schweigen aufgefordert war. Die Spannung, die sich da wohlthuend entlädt, dürfte unterschiedliche Zusammenhänge haben, meistens wohl den, dass die Erwartung des Patienten und seiner Angehörigen angenehm enttäuscht worden ist, dass die Therapeuten jetzt eben nicht ihre Finger auf die Wunden von verborgenen Familienkonflikten gelegt haben, sondern sich stattdessen für viele verschiedene denkbare Visionen von guten Lösungen interessiert haben.

Vielleicht kommt es auch deshalb zu einem Nachlassen von innerer Spannung, weil der Patient bis zum Besuch einerseits seine Angehörigen aus seinem Projekt Psychotherapie heraushalten wollte und konnte, weil er sie eher für Hindernisse seines therapeutischen Fortschrittes gehalten hat. Und jetzt werden diese Angehörigen von den Therapeuten zu wohlwollenden Gehilfen erklärt und involviert. So kommt die bis dato aufrechterhaltene Spaltung zwischen Familie und Therapie zu einem Ende. In anderen Fällen entlädt sich eine Spannung im Zusammenhang mit dem Wiedereinführen einer ausgeklammerten Person.

Das Entscheidende bei den Angehörigengesprächen ist jedoch unser Verzicht auf direktes Apostrophieren irgendwelcher erkennbarer Familientabus. Dadurch schaffen wir uns die Chance, dass wir uns implizit – gewissermaßen unter der Hand – den Segen von den Angehörigen geben lassen, dass wir weitermachen dürfen mit unserer Therapie, weil die Angehörigen sich von jetzt an in der Regel sicher fühlen, dass sie von uns geachtet werden.

Wir ergreifen nicht Partei für unseren armen Patienten gegen die bösen Angehörigen. Dies ist häufig ein äußerst wichtiger „Schachzug“ in unserer Auseinandersetzung mit dem Symptom. Und in wenigstens neunzig Prozent der Fälle ist es so, dass wir Kliniktherapeuten den weiteren Verlauf der Therapie plötzlich so erleben, als ob sich jetzt nach diesem Angehörigengespräch endlich richtig etwas löst und alle freier atmen können.

Es gibt natürlich immer auch Ausnahmefälle, in denen genau das Angehörigengespräch dann falsch war, in denen es also ein Misserfolg war, weil uns die Angehörigen explizit oder implizit ihren Segen verweigern. Das geschieht häufig dann, wenn eine Familie den Indexpatienten unbewusst zu opfern im Begriffe ist. Natürlich sehen wir in solchen Fällen auch möglichst von vornherein davon ab, diese Angehörigen einzuladen.

In diesen Fällen muss man eine andere Strategie finden, um den Machtdemonstrationen des Symptoms zu entkommen. Meistens gelingt es dann in der Weise, dass die ernüchterten Therapeuten und die frustrierten Patienten nach einer Phase des Suchens schließlich einen Ausweg in einem der körperorientierten Verfahren finden, meist in der Form, dass das Symptom jetzt tendenziell von seinen Machtdemonstrationen ablassen kann, weil es auf irgendeine Weise in einer symbolischen Bewegung oder einem symbolischen Gegenstand im Rahmen der Körpertherapie eine Würdigung erlebt hat.

## Externalisierung nach White als Kostprobe vor der Aufstellungsarbeit

Ich möchte nun einen weiteren wertvollen Ansatz bringen, den ich schon ein bisschen angedeutet habe. Und das ist die Methode oder die Technik der Externalisierung nach

Michael White. Ich hatte ja das Symptom weiter oben beschrieben als eine gefährliche Klippe oder einen Terroristen, aber auch als ein kleines Baby oder als eine Sphinx. Diese Verdinglichung ist genau der Kunstgriff des Australiers Michael White, indem er einem Symptom prinzipiell irgend-eine geeignet erscheinende metaphorische oder auch allegorische Gestalt verleiht, so als ob man sich mit dem Symptom unterhalten könnte, als ob das Symptom zu einem Gegenüber würde, mit dem man grundsätzlich auch ins Gespräch kommen kann.

Viele Patienten zeigen sich entlastet, wenn sie wie ein Kind metaphorisch über das Erscheinungsbild und andere Eigenschaften ihres Symptoms nachdenken können – zum Beispiel ein bissiger Hund oder eine böse Hexe. Am Anfang sieht das dann meistens so aus, dass Therapeut und Patient virtuell im Schulterchluss verbündet dem Symptom gegenüberstehen, welches vom Patienten zum Beispiel gerade als ein böser alter Gnom charakterisiert wurde.

Bei dieser Konversation mit einem virtuellen personifizierten Symptom, bei dem der Patient die Rolle des Dolmetschers übernimmt, kann der Therapeut vielleicht behutsam das Symptom dafür gewinnen, vorsichtig erste Aspekte seines Geheimnisses offenzulegen.

Man sagt also zum Beispiel zum Patienten: „Also, Ihr Symptom ist ja gewissermaßen eine gefährliche Klippe („ein richtiger Terrorist“, „ein kleines hilfloses Baby“ oder „eine undurchschaubare Sphinx“).“ Und wenn der Patient sich im Gespräch darauf einlässt und daran teilnimmt, an dieser Fantasie mitzuspinnen, dann bekommt er schon einmal die Gelegenheit, sozusagen zwischen sich und dem Symptom einen Unterschied zu machen.

Das ist dann im Prinzip schon eine vorweggenommene Systemaufstellung, wie sie von Ilse Kutschera in ihrem Buch „Was ist nur los mit mir?“ beschrieben worden ist. Denn in diesen Formen der Aufstellung bekommt das Symptom auch eine Persönlichkeit. Im weiteren Verlauf der stationären Psychotherapie kommt es in unserer Klinik dann meistens zu einer typischen Symptomaufstellung, in welcher also das Symptom durch einen Vertreter dargestellt wird, und dann erweist es sich manchmal – und das ist ja nichts Neues für aufstellende Psychotherapeuten –, dass das Symptom für eine ausgeklammerte reale Person des Systems steht.

Durch Michael Whites Methodik der Externalisierung haben wir also ein wertvolles Instrument, in einer frühen Phase der Behandlung die dramatischen Machtdemonstrationen des Symptoms abzufangen und abzumildern. So kann zunächst eine Vorarbeit und Zuarbeit für die spätere Aufstellung geleistet werden, eine Technik, die zunächst noch verfrüht wäre – weil zu lösungsorientiert.

## Die alte Dame und ihr „terroristisches“ Symptom

Zum Schluss möchte ich noch mithilfe einer Fallgeschichte darstellen, wie es geglückt war, ein sehr terroristisches Symptom schließlich doch zu besänftigen, sodass dann am Ende eine Symptomaufstellung mit gutem Ausgang möglich wurde.

Vor einem Jahr hatten wir in der Klinik eine wundervolle alte Dame, eine verwitwete pensionierte Beamtin, die an quälender Schlaflosigkeit litt, und als sie kam, war sie noch sehr charmant und humorvoll. Als sie mitbekam, dass unter anderem auch Systemaufstellungen in unserer Klinik angewandt wurden, äußerte sie gleich nachdrücklich, dass sie sich mit solch esoterischem „Zeugs“ nicht beschäftigen wolle. Sie sagte: „Ich muss zuerst schlafen können. Wenn ich nicht schlafe, läuft gar nichts.“

Es blieb uns und ihr also zunächst einmal nichts anderes, als ihr Schlafmittel anzubieten. Das brachte keine Erfolge, zumal sie gegen Tabletten eher abgeneigt war. Alle drei Tage ein neuer Versuch mit einem anderen Präparat. Die ganze Palette der Prunkstücke der Pharmaindustrie war schon aufgebraucht. Gleichzeitig hatten wir natürlich ein tiefenpsychologisches Erstinterview durchgeführt und auch eine genografische Analyse. Es war auffallend, dass sie mit ihren eigenen Gedanken und Ideen konsequent und beharrlich um ihre quälenden Schlafbeschwerden kreiste.

Wenn man das Gespräch auf anamnestische oder genografische Fragen führte, dann beantwortete sie diese durchaus sorgfältig, aber leicht mürrisch und dann doch eher knapp. Es war zu spüren, dass sie alle diese Dinge um ihren verstorbenen Mann und ihre Eltern aus Höflichkeit gegenüber dem Frager abhandelte, dass sie aber auch sehr darauf achtete, dass sie nicht zu viel über Vergangenes mitteilte, weil sie zweifellos größten Wert darauf legte, dass weder ihr Mann noch ihre Eltern in irgendeiner Weise bloßgestellt werden dürfen. Sie brachte lieber das Gespräch auf ihr Symptom, bevor sie zuließ, dass wir Therapeuten irgendwelche eventuell peinlichen Dinge aus ihr herausfragen könnten. Hier zeigte sich also die ihr unbewusste Sphinx, die eifersüchtig darüber wachte, dass nichts Geheimes ans Licht kommen konnte.

Vierzehn Tage später stand sie richtig aufgebracht und aggressiv in Kampfposition fast wie ein Boxer mit erhobenen Fäusten vor mir und sagte: „Wenn ich heute Nacht nicht schlafe, fahre ich nach Hause! Und wenn ich zu Hause nicht bald schlafe, bring ich mich um. Jetzt weißt du, was mit mir los ist!“ Da war er also, der „Terrorist“. Natürlich war die alte Dame kein „Terrorist“, aber ihr quälendes Symptom hatte inzwischen durchaus terroristische Qualitäten angenommen.

Wir hatten schließlich Glück. Es war uns dann aus Verzweiflung noch ein sehr altertümliches Schlafpräparat eingefallen, das wir als unsere letzte Chance, die Arbeitsbeziehung zu ihr zu retten, einsetzten. Und sie schlief endlich.

Sie war ja eigentlich immer gegen Medikamente gewesen, aber als sie endlich einmal drei Nächte hatte schlafen können, war sie so erleichtert, dass ihr Vertrauen in unsere Bemühungen insgesamt wuchs. Sie begann jetzt, sich für alles um sie herum zu interessieren, so auch für die Heilungsprozesse von Mitpatienten. Und schließlich war sie bereit, an den Systemaufstellungen von anderen Patienten als teilnehmende Beobachterin mitzuwirken.

Am eindruckvollsten war für sie offenbar die Beobachtung eines Patienten mit Waschzwang in Verbindung mit einer Aidsphobie. Sie hatte mehrere Wochen in der Klinik seine Qualen (seinen „Terroristen“) mit ansehen müssen: Er lief oft wie ein Chirurg in der Operationspause herum – mit vor der Brust erhobenen Händen, damit er sie nicht versehentlich schmutzig mache und sie steril halte. Es war über einige Zeit sehr bedrückend für alle, diesen stattlichen großen Mann völlig verzweifelt über die Macht seines Symptoms immer wieder bitter schluchzen zu sehen.

Während einer Systemaufstellungssitzung eines dritten Patienten wurde dieser Patient als Vertreter eingesetzt. Und während dieser Vertretung war er sichtlich symptomfrei und völlig unbesorgt darüber, ob er seine Hände verunreinigen könnte. Vielmehr hatte er in seiner Vertreterrolle über eine lange Strecke seine Hände in den Hosentaschen, was zuvor für ihn völlig undenkbar gewesen war.

Nachdem die Aufstellung vorbei war und er aus der Vertretung wieder herausgetreten war, war seine Verunreinigungsphobie sofort wieder da. Alle waren natürlich sehr beeindruckt von diesem Nebenbefund, und es war auch sehr interessant, dass dieser Patient – nachdem seine quälende Phobie ihn schon wieder einige Tage in Beschlag genommen hatte – nicht mehr glauben konnte, dass ihm dieser kurze „Symptomenurlaub“ im Rahmen seiner Vertretung überhaupt widerfahren war.

Diese Vorgänge um ihren Mitpatienten hatte die alte Dame voller Anteilnahme beobachtet. Und dann sagte sie sinngemäß: „Und wenn diese Systemaufstellungen hundertmal esoterisches Zeugs sein mögen, vielleicht hilft es: Ich möchte eine Aufstellung zu meiner Schlaflosigkeit.“

An dieser Stelle ein wichtiges Detail aus ihrem Lebenslauf: Sie war im Jahre 1945 zwölf Jahre alt und lebte in einer norddeutschen Stadt. Ihr Vater war nicht Soldat gewesen. Und kurz bevor die Briten kamen, um die Stadt zu besetzen, verschwand er für etwa 24 Stunden. Es muss damals etwas Bedeutsames und Schwieriges passiert sein, denn es gab immer Andeutungen darüber, aber es blieb ein Geheimnis für sie, was da geschehen sein mag. Denn der Vater und alle anderen, die damals erwachsen waren, hatten es mit ins Grab genommen.

Wir erwogen dann eine Symptomaufstellung, bei der eventuell ihre Schlaflosigkeit und auch Vaters Geheimnis neben

anderen Familienmitgliedern durch Gruppenteilnehmer zu vertreten sein würden. Diese unsere Überlegungen waren für sie schon wieder so ungeheuerlich, dass sie prompt erst einmal wieder einige Nächte nicht schlief. Schließlich ließ sie sich für eine Verdoppelung des Schlafmittels gewinnen, sie konnte wieder schlafen, und nach zwei Nächten war es auch wieder möglich, die Dosierung auf die ursprüngliche Menge herunterzufahren.

Da wir in dieser Situation offenbar Gelassenheit gezeigt hatten und uns zugleich sorgfältig um Symptomenlinderung bemüht hatten, wurde sie offenbar auch wieder ruhiger, und ihr Vertrauen wurde schließlich stark genug, so dass sie sich jetzt in einem zweiten Anlauf zu einer solchen Symptomaufstellung entschloss.

Wir baten sie, jeweils für ihre Eltern, für sich selbst und für die Schlaflosigkeit eine Vertreterin oder einen Vertreter aus der Gruppe auszuwählen. Das „Symptom“ hat sich auch sofort wie ein drängendes agierendes Baby und dann wieder wie eine eifersüchtig auf Geheimniswahrung bedachte Sphinx zugleich verhalten, indem die Vertreterin sich motorisch unruhig zeigte und sehr schnell und laut sprach. Manchmal schien sie in der Aufstellung Hinweise zum Lösungsprozess zu geben, und dann wieder hat sie offenbar etwas verschleiert.

Im weiteren Verlauf kam uns der Prozess der Aufstellung wie festgefahren vor, und wir haben die Patientin jetzt eine Vertretung für „das Geheimnis“ aussuchen und aufstellen lassen. Wir haben dabei nicht mit ihr besprochen, was diese Formel „das Geheimnis“ für sie bedeuten würde. Wir wissen daher nicht, ob sie zum Beispiel diese vierundzwanzig geheimnisvollen Stunden des Vaters meinte. Das „Geheimnis“ wurde durch eine Frau vertreten, und der Vertreter ihres Vaters und diese Frau zeigten sich sofort sehr aufeinander bezogen und eng miteinander verbunden. Dieser unbekanntem Frau ist aber offenbar etwas Schlimmes passiert, denn ihre Vertreterin äußerte die Wahrnehmung von tiefem Schmerz, und der Vertreter des Vaters wirkte darüber sehr bedrückt.

Im weiteren Verlauf entwickelte sich zwischen dem Vertreter des Vaters und dieser anderen Frau eine recht undurchschaubare „Auseinandersetzung“, die bei allen Beteiligten ein dumpfes Gefühl von quälender Verzweiflung hervorrief. Wir hatten die Klientin inzwischen mit ihrer Vertreterin ausgetauscht. Plötzlich wandte sich der „Vater“ sehr spontan und unvermittelt zur Klientin, also zu seinem Kind, und sagte: „Kümmere dich nicht darum!“ In diesem Moment zog sich die Vertreterin des Symptoms umgehend aus dem Kreis zurück. Sie sagte richtig etwas zackig-preußisch: „Ich möchte mich hiermit abmelden.“ So fand sich schließlich eine gute Lösung für diese Patientin, woran das Geheimnis ihrer Familie mitgewirkt hatte, ohne dass es entblößt worden war.

## Die Sphinx als unzuverlässiger Scout

So viel zum Bericht dieser Aufstellung. Wir sind in diesem Fall also in entsprechender Weise vorgegangen, wie Ilse Kutschera es beschrieben hat. Wir haben also eine herkömmliche Aufstellung begonnen, in der das Symptom seinen Platz bekam, in der es auch eingeladen wurde, uns wie ein Scout oder ein Lotse durch unbekanntes Terrain hindurchzuführen. Aber wir waren uns der „Loyalität“ unseres Scouts nie ganz sicher. Meistens hat der Scout nützliche Hinweise gegeben, aber offenbar immer dann, wenn der Aufstellungsprozess der Familienscham zu nahe kam, wurde der Scout sofort zur Sphinx, und diese hat uns dann offenbar tendenziell eher in die Irre geführt.

So gelangten wir dann an einen Punkt, an den wir als Aufsteller speziell bei Symptomaufstellungen häufig geraten, wenn wir nämlich das Gefühl haben, dass jetzt nichts mehr geht. Dann kommt es uns so vor, als ob wir gar nichts könnten, als hätten wir unser Handwerk vergessen, als können wir jetzt nur noch unverrichteter Dinge die Aufstellung abbrechen. In einer solchen Situation finde ich es hilfreich, wenn ich einmal langsam zwischen den Vertretern „durch das Feld“ gehe. Dann bekomme ich manchmal einen Hinweis in Form eines plötzlich auftauchenden Gedankens, der mir weiterhilft. Oder aber es kommt – wie im geschilderten Fall – zu einer spontanen Handlung eines Vertreters, die die Lösung ermöglicht.

Zum Schluss ist uns also der Grundsatz wichtig, dass wir auf die Präsentation oder die „Aufdeckung“ einer Hypothese irgendeiner vermeintlichen Wahrheitsfindung verzichten. Die Sphinx würde dann sofort in irgendeiner Form „zurückschlagen“, zweifellos deshalb, weil sie lieber eine gute Lösung verhindert, als eine Beschämung im System zuzulassen.

Die Patientin hat mittlerweile schon ein paarmal spontan kurz in der Klinik angerufen und mitgeteilt, dass sie weiter gut schlafe, und zwar inzwischen ohne pharmazeutische Hilfsmittel.

Dies ist also die Fallgeschichte eines schweren Symptoms, nämlich einer Schlafstörung, die so quälend war, dass sie unsere Arbeitsbeziehung massiv mit Suizidalität bedroht hat. Die Geschichte sollte verdeutlichen, was alles therapeutisch im Vorfeld zu tun war, um mit diesen gefährlichen Qualitäten so weit zurechtzukommen, um schließlich die Voraussetzungen für eine gelingende Systemaufstellung zu gewinnen.



**Dr. Friedrich Ingwersen:** Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychiatrie, Chefarzt der Privatklinik Bad Zwischenahn, 1994–2004 Chefarzt der Klinik Rastede. Weiterbildung in Systemischer Psychotherapie bei Bert Hellinger seit 1984 und bei der Internationalen Gesellschaft für Systemische Therapie, Lehrtherapeut der Internationalen Gesellschaft für den New Identity Process, Energetische Psychotherapie nach Dr. Gallo, Autor des Buches „99 Methoden, in der Partnerschaft zu scheitern“ (Kösel-Verlag).

[www.privatklinik-zwischenahn.de](http://www.privatklinik-zwischenahn.de)

### Anmerkung

<sup>1</sup> Mit den meisten unserer Patienten haben wir als Anrede das „Du“ vereinbart.

### Literatur

- Ingwersen, D. (2008): Psychosomatische Symptome in der Aufstellungsarbeit. In: Praxis der Systemaufstellung, Beiträge zu Lösungen in Familien und Organisationen, Heft 1, 2008.
- Ingwersen, F. (2005): Spaltungsphänomene und Suizidalität als besondere Herausforderungen im stationären Setting der Psychotherapie. In: Psychodynamische Psychotherapie 2005; 4: 1–64, März 2005; Nr. 1, S. 46.
- Ingwersen, F. (2005): Der schwierige Patient. In: Praxis der Systemaufstellung, Beiträge zu Lösungen in Familien und Organisationen, Heft 1, 2005.
- Kutschera, I., Schäffler, C. (2002): Was ist nur los mit mir? Krankheitssymptome und Familienstellen, Kösel, München.
- Schindler, H., Otto, W. (2001): Von Bad Herrenalb nach Rastede. Systemische Ideen in einer „Fachklinik für sprechende Medizin“. Systema 15-01.
- Schmitt A., Rehm E. (2001): Kundenorientierung als zufriedenheits-, erfolgs- und qualitätssichernde Haltung. Familiendynamik 1, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Simon, F.B., Rech-Simon C. (1999): Zirkuläres Fragen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- White, M. Epston, D. (2002): Die Zähmung der Monster. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Whittaker C. (1988): Dancing with the Family – a symbolic experiential Approach. New York: Brunner/Mazel Publishers.