

Sinn-Bilder

Wie wird in Psychotherapien über Sinn gesprochen?

Andreas Manteufel

Zusammenfassung

Sinn ist eine existenzielle Kategorie, die in jeder Psychotherapie eine wichtige Rolle spielt. Inhaltlich bleibt Sinn immer subjektiv. Wesentlich ist, dass überhaupt und wie über Sinn gesprochen wird. Es sind vor allem Richtungsmetaphern, mit denen die vielen Facetten des Begriffs Sinn ausgedrückt werden: höherer, tieferer, weiterer oder engerer Sinn. Für Psychiatriepatienten erweist sich ein Motiv als das letztlich sinnvollste: Wieder Teilhabe an den „normalen“ gesellschaftlichen Bezügen zu haben, sei es Familie, Freundschaft oder Arbeitsleben.

Sinn als Wolke

Über Sinn lässt sich trefflich philosophieren oder „sinnieren“, wie man vor allem im Rheinland gerne sagt. Gibt man sich dem Thema hin, so fällt es schwer, sich mit einer klaren Antwort in der Hand wieder davon zu verabschieden. So geht es beispielsweise Petzold und Orth (2005) nach einem fast 800 Seiten langen Ritt durch die abendländische Geisteswissenschaft. Dabei ist Sinn ein typisches Mangelthema, wie z. B. auch Gesundheit, Qualität oder Ethik. „Je weniger Ethik, desto mehr Ethikkommissionen“, schrieb Kurt Marti einmal. Ähnliches denken viele angesichts der zunehmenden Qualitätsrhetorik im Gesundheitswesen. Und Gesundheit ist bekanntlich erst dann ein Thema, wenn Krankheit droht oder schon Besitz von einem ergriffen hat. So verhält es sich auch mit dem Sinn. Erlebt und beschrieben wird der Mangel an Sinn, die Sinnsuche, die Sinnlosigkeit. Sinn positiv zu formulieren fällt dagegen schwer.

Und doch läuft Sinn in jedem Denken und in jedem Reden mit. Immer wenn Therapeuten und Klienten sich unterhalten, ist eine existenzielle Ebene mit angesprochen, ob man will oder nicht. Für die Psychotherapie hat das Yalom (1989) am konkretesten ausgearbeitet. Der „Lebenssinn“ ist für ihn neben Tod, Freiheit und Isolation das vierte große existenzielle Thema in der Psychotherapie. Und auch in der modernen Systemischen Therapie hat Sinn einen zentralen Stellenwert. Schiepek zählt die Frage nach dem persönlichen „Sinnbezug“ aller therapeutischen Ziele und Maßnahmen zu den wesentlichen „generischen Prinzipien“ Systemischer Therapie (Schiepek et al. 2011). Aber einen Sinn festhalten zu wollen, ihn gar vorschreiben oder auch nur vorschlagen zu wollen, führt ins Leere. Sinn scheint eben ein flüchtiger Gegenstand zu sein. Er lässt sich schwer definieren oder in Worte fassen, und

bestimmt doch Denken und Handeln. Als wissenschaftlicher Gegenstand ist Sinn also eine typische „Wolke“ im Popperschen Sinne, im Gegensatz zu „Uhren“ (Popper 1973). „Wolken“ werfen große Schatten, sind aber nicht fassbar. Mit „Uhren“ dagegen lässt sich rechnen, experimentieren, definieren.

Sinn sollte also schnell wieder in das „Hinterstübchen“ des impliziten, aber immer gegenwärtigen limbischen Gehirns verstaut werden, da wo man z. B. weiß, wie man Fahrrad fährt, ohne darüber nachdenken zu müssen. Dort ist Sinn auf Dauer besser aufgehoben als im präfrontalen „Arbeitsgedächtnis“. Das frisst viel Speicherkapazität, spuckt am Ende aber doch keine bleibenden Antworten auf therapeutische Sinnfragen aus. Es sollte reichen, immer wieder unvoreingenommen nach dem subjektiven Sinn zu fragen. Einen objektiven gibt es ohnehin nicht. Absicht des vorliegenden Aufsatzes ist es daher auch nicht, eine Antwort auf die Frage nach dem Sinn zu geben. Was uns interessiert ist, mit welchen sprachlichen Bildern in Psychotherapien über Sinn gesprochen wird.

Sinn als Kommunikation

Dem Wortstamm nach hat Sinn mit gerichteter Bewegung zu tun. Die ursprüngliche etymologische Quelle ist „sinnen nach“, „trachten nach“ und stand mit den Begriffen „reisen“, „sich begeben“ in engem Zusammenhang (Kluge 2002, ob die Bewegungsmetapher „trachten nach“ auch mit den lokal beliebten Trachtenumzügen zu tun hat, entzieht sich meiner Kenntnis, A. M.). Auch bei Luhmanns Definition von Sinn als Schmieröl der Kommunikation schwingt die Bewegungsmetapher mit. Denn Kommunikation käme zum Stillstand ohne die fortlaufende „Selektion von Sinn“. In jeder Kommunikation wird aus dem „Letzthorizont“ aller Möglichkeiten (Luhmann nennt das „Welt“) ausgewählt (selektiert) und damit ein Unterschied zu dem, was nicht ausgewählt wird, markiert. Für Luhmann bedeutet dieses Unterscheiden: Es wird „Sinn“ erzeugt. Indem immer wieder rekursiv auf Sinn Bezug genommen wird, entsteht ein dynamisches Sinn-System. „Die Selbstbeweglichkeit des Sinn-geschehens ist Autopoiesis par excellence“ (Luhmann 1984, S. 101), also eine Form der Selbstorganisation durch Selbstreproduktion. Sinn ist „basal instabil, unruhig, mit eingebautem Zwang zur Selbständerung“ (ebd. S. 100). Würde Sinn nicht ständig neu selektiert, hörte das kommunikative System auf zu existieren (ebd. S. 98). Ein kommunikatives System droht also zum Erliegen zu kommen, wenn es jemand unternimmt, Sinn ein für alle Mal festlegen oder für andere definieren zu wollen. Diese Interpretation mag nicht ganz werkgetreu sein, denn wer sich mit Luhmann auskennt, weiß, dass seine Theorie sozialer Systeme ohne handelnde Personen auskommt. Aber eine Brücke zum Thema Psychotherapie, das sei erlaubt, braucht irgendwann auch Aussagen über die Rolle von Personen. So hat die Systemische Therapie den Gedanken selbstbezoglicher Kommunikation als Motor therapeutischer Konversation aufgegriffen: „The therapist asks questions, the answers to which

require new questions“ (Anderson & Goolishian 1988, S. 382). Um es noch einfacher zu sagen: Fragen sind wichtiger als Antworten.

Halten wir fest: Sinn als Kernstück kommunikativer Systeme bleibt für uns unsichtbar, darf aber nicht zum Erliegen kommen. Für die therapeutische Kommunikation heißt das, dass gar nicht explizit über Sinn gesprochen werden muss. Es müssen nur die richtigen Fragen gestellt und Bewegung ins Denken gebracht werden. Inhaltlich bleibt Sinn immer schwer zu greifen und bleibt höchst subjektiv, also immer „Eigensinn“.

Sinn als Eigensinn

In seinem Plädoyer für den Eigensinn setzt Bock (2006) zwei Bedeutungen von Sinn an. Unter dem Motto „Noncompliance als Chance“ bürstet er zum einen die Erwartung eines „einsichtigen Patienten“ gegen den Strich. Gerade Patienten, die keine Ja-Sager gegenüber ihren Ärzten oder Therapeuten sind, seien die stärkeren im Kampf gegen die Krankheitsfolgen. Patienten mit „idiosynkratischen“, also eigenen Erklärungsmustern für ihre Erkrankung, hätten eine höhere Lebensqualität, zitiert er aus der Forschung (Bock 2006, S. 39). Meine eigenen Erfahrungen dazu sind zwiespältig: Es gibt Patienten, die sehenden Auges in ihr Verderben rennen und denen wir, so unsere Überzeugung, hätten helfen können. Eigensinn in diesem Sinne garantiert nicht Lebensqualität. Aber es gibt auch diejenigen, die sich ohne Schaden beharrlich unseren Vorstellungen von Veränderung widersetzen. Entgegen unserer Negativprognose finden sie auf anderen Wegen zurück in ein selbst bestimmtes Leben. Für manche machen unsere Angebote einfach keinen Sinn. Das müssen wir akzeptieren.

Am Ende seines Buches wendet sich Bock wieder der klassischen Sinnfrage zu und lässt Dorothea Buck zu Wort kommen. Frau Buck ist eine Psychose erfahrene Autorin, die Bock in einem Interview nach dem Sinn von Psychosen fragt. Sie stellt Psychose in den Kontext von Aufbruch, Loslösung, Suche nach Sinn, Suche nach neuen Grenzen. Die Erkrankung selbst aber erlebte sie als Stillstand: „Du würdest ja gar keine Psychose kriegen, wenn du nicht irgendeinen Stillstand hast. Oder wie es bei mir war: Ich hatte mich so bemüht, war in diese krampfhaften Versuche geraten. Das war ja gewissermaßen auch – Stillstand will ich das nicht nennen – aber ein verkehrter Weg; der richtige Weg scheint mir immer der impulsive, der spontane zu sein.“ (Bock 2006, S. 165). Im Grunde bedeutet Therapie dann, jemanden darin zu unterstützen, seinen bereits beschrittenen Weg der persönlichen Sinn-suche nach der Krise, dem Steckenbleiben, wieder aufnehmen zu können. Die Rolle des Therapeuten ist dann, ganz im Sinne der Etymologie des Wortes Sinn, die eines Reisebegleiters.

Sinn als Eigensinn hat als Gegenstück den Sinn in der Selbstaufgabe. Häufig erleben wir auf unseren psychiatrischen Stationen eine große Bereitschaft der Patienten, sich untereinander zu helfen. Wir neigen dazu, dies als Verdrängung der eigenen Probleme zu kritisieren und die Sorge für sich selbst anzumahnen. Aber wahrscheinlich finden gerade diejenigen, denen die Sorge um die eigene Gesundheit nicht gelingen will, in der Sorge für andere eine erforderliche Dosis Sinn. Vor allem schafft ihre Fürsorglichkeit eines: Wer sich um jemanden kümmert, ist nicht alleine.

Das Thema der Selbstaufgabe leitet über zu den typischen Richtungsmetaphern des Sinns, denn in der Regel begründet sich das Hintanstellen eigener Interessen mit der Hingabe an ethische oder religiöse, landläufig als „höher“ bezeichnete Werte.

Der höhere, der tiefere und der weitere Sinn

Wenn Therapeuten über Sinn sprechen, verwenden sie in der Regel Richtungsmetaphern. Im Sinne der Etymologie des Wortes, die ja gerichtete Bewegung impliziert, ist dies konsequent. Geläufig sind Metaphern der Höhe, der Tiefe und der Weite. Die Fahrstuhlmetapher proklamiert den höheren, die Ausgrabungsmetapher den tieferen, die Teleskopmetapher den weiteren Sinn.

Wenn vom „höheren Sinn“ die Rede ist, wird zumeist auf religiöse oder metaphysische Sinngebung verwiesen. Frankl (1985) forderte immer, der Tiefenpsychologie eine Höhenpsychologie an die Seite zu stellen. Selbsttranszendenz war einer der Slogans, in denen sich der Sinn des Lebens zu erfüllen schien. Wenn man die höheren Sphären betritt, erscheint häufig „was uns groß und wichtig erscheint, nichtig und klein“ (Reinhard Mey: Über den Wolken). Ein ganzer Berufsstand, nämlich der des Super-Visors, lebt davon, permanent auf die höhere Ebene zu steigen und die Dinge von „dort oben“ zu betrachten. „Auf die Galerie gehen“ ist eine entsprechend beliebte Supervisorenmetapher. Spitzer (2011) erinnerte jüngst in einem Essay an unsere Neigung, mit Höhe generell Gutes zu verknüpfen („Gott ist oben“, ebd., S. 17). Umgekehrt tut demjenigen, der einen globalen Sinn vermisst (dazu muss man nicht Pessimist sein, ausreichender Realitätssinn tut es auch), der Abstieg auf die „irdische“ Ebene manchmal erst Recht gut. In den alltäglichen Aufgaben kehrt dann bescheidener, aber konkreter Sinn wieder ein (Yalom 1989, S. 567).

Die Rede vom „tieferen Sinn“ ist nicht nur für Freuds Enkel ein populäres Schlagwort. In der Tiefe liegt nach dieser Metapher das „Eigentliche“, das von Oberflächenmorast erst befreit werden muss, damit sich vielleicht auch verborgene Schätze finden („Stille Wasser sind tief“). Die gefährliche Verlockung für Therapeuten oder Berater liegt darin, sich im Wissen des „eigentlichen“ Sinns zu wähen. So wird gerne „zwischen den Zeilen“ statt

wörtlich gelesen, interpretiert statt genau zugehört. Der Therapeut kann dann der Suggestion erliegen, es „besser zu wissen“ als die Klienten selbst. Das kann ein seriöser Therapeut nicht wollen. Ein Meister der Zurückhaltung, Steve de Shazer, sagte treffend, worauf es für Therapeuten, die auf tief schürfende Arbeit verzichten wollen, ankommt: „Die lösungsorientierte Kurztherapie ist für den Klienten wie für den Therapeuten ein hartes Stück Arbeit, denn der Therapeut muss alles tun, um an der Oberfläche zu bleiben und nicht zu interpretieren“ (de Shazer 2003, S. 99). Das erfordert Genauigkeit, Bescheidenheit und Geduld.

Im Sinne des „weiteren Sinns“ wird Verhalten als zukunfts- und zielgerichtet verstanden. Die Wirkung oder die Funktion eines Verhaltens steht für seinen Sinn. Wenn Therapeuten ein Problemverhalten „positiv konnotieren“, so unterstellen sie ihm beispielsweise eine sinnvolle Funktion. Symptome bekommen dann z. B. die Rolle eines Warnsignals zugewiesen, Streit wird als Beziehungsangebot gesehen oder die bereits angesprochene „Noncompliance“, der Eigensinn eines Patienten, als Kampf um Autonomie respektiert. Solche Sichtweisen können dabei helfen, die symptom- und defizitorientierte Brille abzulegen. Aber auch hier gilt: Jede Sinndeutung macht erst dann „Sinn“, wenn sie Anschluss an das subjektive Erleben eines Patienten findet, von ihm also auch „angenommen“, im besten Fall selbst entdeckt wird.

Mittendrin sein: Sinn als Teilhabe

Fragt man unsere Patienten nach Sinn, so erhält man meiner Erfahrung nach eine eindeutige Antwort. Sinn liegt in der Mitmenschlichkeit, im Mittendrin sein im wahrsten Sinne des Wortes. In der Sozialpsychiatrie wird das, was ich meine, unter dem Begriff der Teilhabe diskutiert, neuerdings auch im Rahmen der sogenannten Inklusionsdebatte. Wen die Krise in eine psychiatrische Akutstation, und damit zu Mitarbeitern wie mich führt, der spürt, dass er um den Anschluss an die „normalen“ gesellschaftlichen Bezüge kämpfen muss. Zu den schlimmsten Erfahrungen gehört die, aus dem Kreis von Familie, Freunden oder Arbeitskollegen herauszufallen, ohne vermisst zu werden. Sinn bedeutet, wieder dazuzugehören. Unter dem Stichwort „Recovery“ (Amering 2006) hat sich eine selbstbewusste Bewegung entwickelt, die das „Zurückkehren“ aus der Krankheit zum Ziel erklärt. Jeder Kranke wünscht nichts dringlicher, als wieder seinen Platz einzunehmen und seinen Freunden, Familienangehörigen oder Kollegen zurufen zu können: „Da bin ich wieder“. Zwar scheint es manchmal nicht anders möglich zu sein, als einem lange Zeit psychisch erkrankten Menschen die Ersatznetzwerke der sozialpsychiatrischen Versorgung anzubieten, etwa ein SPZ (Sozialpsychiatrisches Zentrum), eine Behindertenwerkstatt oder einen Platz im Betreuten Wohnen. Viele Patienten sind ohne das Heer von ehren- und hauptamtlichen Betreuern um sie herum einfach zu einsam und strukturlos. Wer es ablehnt, in die Ghettos der Sozial-

psychiatrie zu gehen („Da treffe ich nur auf kranke Menschen“), beweist damit aber keineswegs nur Uneinsichtigkeit. Er zögert auch, weil er weiß, dass solche Wege häufig die Entfernung von den „normalen“ Lebensbezügen vergrößern.

Unter dem Stichwort der „Inklusion“ hat dieses Motiv längst die gesundheitspolitische Debatte erreicht. Im Jahre 2006 wurde Inklusion in einer UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung zum gesundheitspolitischen Ziel erklärt. 2008 hat der Deutsche Bundestag diese Konvention vorbehaltlos ratifiziert (Wunder 2010). Gemeint ist der selbstverständliche Zugang zu den normalen Strukturen der Gesellschaft. „Dem Konzept der Inklusion liegt der Gedanke der vorbehaltlosen und nicht weiter an Bedingungen geknüpften Einbezogenheit und Zugehörigkeit Aller in der Gesellschaft zu Grunde..., ungeachtet ihres Geschlechts, ihrer Hautfarbe, ihrer Leistung, ihrer ethnischen Zugehörigkeit oder ihrer Behinderung“ (Wunder 2010, S. 25). Die Kritik an dieser Rhetorik zielt vor allem auf die Widersprüchlichkeit zu den spürbaren sozialdarwinistischen Tendenzen im Gesundheitswesen ab. Der Zwang zur Ökonomisierung ist für alle erlebbar, die in diesem Sektor arbeiten, vor allem aber natürlich für diejenigen, die auf Hilfe angewiesen sind. Für viele, die ohnehin Gefahr laufen, aus dem Versorgungsnetz herauszufallen, kann das existenziell bedrohlich werden. Sozialpsychiatrische Angebote, so kritisieren Dörner (2007) oder Schernus und Bremer (2007), gehen gerne dahin, wo schnelle Erfolge zu sehen bzw. zu zählen sind. Wo Effektivität nicht so leicht zu erzielen ist und Veränderung länger dauert, ist dann häufig keine Fürsorge mehr vorgesehen. Und zynischerweise wird dies oft auch noch mit Hinweisen auf die Selbstbestimmung der Betroffenen rechtfertigt. Auch wo laut „Vive la différence“ gerufen wird, muss sich ein Anspruch wie der der Inklusion erst in der Praxis bewähren. Das macht eine Atmosphäre großer Toleranz in der Gesellschaft erforderlich. „Inklusion ist keine Frage der Behindertenhilfe oder der Sozialpsychiatrie mehr, sondern eine Frage des Umgangs mit Unterschiedlichkeit schlechthin“ (Wunder 2010, S. 27). Dörner (2007) sieht den erforderlichen Geist am ehesten in den neuen Bewegungen der Bürgerhilfe wachsen, wie sie in kirchlichen und weltlichen Gemeinden, Wohngemeinschaften oder Nachbarschaftshilfe entstehen. Der gesamtgesellschaftliche Trend hinkt da noch erheblich hinterher.

Sinn ist in dieser Hinsicht also etwas fast Banales. Es geht um die Einbettung in die Gesellschaft. Da wird ein guter Bekannter aus der Psychologie wieder aktuell, nämlich Alfred Adler, der Begründer der Individualpsychologie. Er hält das Gemeinschaftsgefühl für eine Art menschliches Grundbedürfnis, aber auch eine Verpflichtung. So erhält der Einzelne die Aufgabe, seinen Beitrag zum Wohle der Gemeinschaft zu leisten. Umgekehrt aber wird von der Gemeinschaft erwartet, eben dies jedem Einzelnen zu ermöglichen. „Der Fortschritt jeder menschlichen Gemeinschaft wird aus individualpsychologischer Sicht daran gemessen, wie weit sie bereits fähig ist, den Einzelnen auf der Basis der Gleichwertigkeit zur

Selbstverwirklichung zu ermutigen und ihm die entsprechenden Chancen zur aktiven Mitgestaltung der Gemeinschaft zu geben“, fasst Nicolay (2005, S. 521) die Position Adlers zusammen. Womit wir bereits viele Jahrzehnte vor der UN-Konvention auf die Idee der Inklusion treffen.

Sinn im engeren Sinn

Um die drei vorhin erwähnten Richtungsmetaphern noch um eine vierte Dimension zu erweitern, ließe sich der Gedanke der Teilhabe als „engerer“ Sinn formulieren. Angesichts der Sparzwänge im Gesundheitswesen nehmen wir wahr, dass wir alle die Gürtel enger schnallen müssen. Mehr und mehr wird auch wahrgenommen, dass wir dafür in der Gesellschaft enger zusammenrücken müssen (Dörner 2007). Sinn als Teilhabe wird dadurch also ganz nah und konkret. Nicht der buddhagleiche Entrückte ist es, der die Suche nach dem Sinn erfolgreich zu Ende führt. Jede konkrete Situation erfordert eine Antwort auf die Sinnfrage. „Sinn ist also jeweils der konkrete Sinn einer konkreten Situation. Er ist jeweils die Forderung der Stunde. Sie aber ist jeweils an eine konkrete Person adressiert.“ (Frankl 1996, S. 157). So gesehen ist die Frage nach dem Sinn überhaupt keine theoretische Frage. Sinn erweist sich im Handeln und muss auch nicht notwendigerweise bewusst erlebt werden. Und Sinn hat in dieser Vorstellung immer etwas mit Beziehung zu tun, nämlich zu der „jeweils konkreten Person“, wie Frankl sagt. Das intuitive Gefühl, das sich für Sinn einstellt, ist für Frankl das gute Gewissen, für andere Autoren so etwas wie ein Gefühl der „Stimmigkeit“ (Thomae 1985) oder das von Antonovsky (1997) beschriebene Kohärenzgefühl, der „sense of coherence“ mit seinen Bestandteilen „Verstehbarkeit“ (comprehensibility), „Bewältigbarkeit“ (manageability) und „Sinnhaftigkeit“ (meaningfulness). In der Resilienzforschung zeigt sich, dass ein ausgeprägter „sense of coherence“ ein protektiver Faktor gegenüber Stress und vielleicht sogar Trauma sein kann (Menning 2011). Dabei geht es vor allem um die Kombination von Sinnhaftigkeit und dem Gefühl der Kontrollierbarkeit. Damit können Krisen und Schicksalsschläge am ehesten als Aufgabe zur Weiterentwicklung erlebt und bewältigt werden.

Sinn als Ordner und der Sinn der Unordnung

Was wir als Sinn erleben, kann für uns die Rolle der geistigen Führung übernehmen. Sinn lenkt unsere Motivation und Zielsetzung (der weitere Sinn), macht uns das eigene Verhalten verstehbar (der tiefere Sinn) und verbindet uns mit höheren Werten (der höhere Sinn). Sinn kann so das Denken, Planen und Fühlen leiten. Die moderne Systemische Therapie entlehnt dafür aus der naturwissenschaftlichen Selbstorganisationsforschung den Begriff des „Ordnerns“ (Haken und Schiepek 2006). Im psychologischen Kontext steht der Begriff für kognitiv-emotionale oder auch soziale Muster, die sich aus der chaotischen Vielfalt, die unsere Nervenzellen auf mikroskopischer Ebene produzieren, makroskopisch abheben.

Ordner entstehen, wenn sich die vielen Elemente des Systems auf mikroskopischer Ebene in eine bestimmte Richtung hin ausrichten oder koordinieren. Dies kann das Ergebnis synchronisierter Nervenzellaktivität, individueller Einstellungen und Haltungen oder auch individueller Verhaltensweisen der Mitglieder einer Gruppe sein. Ordner sind in diesen Beispielen dann koordinierte Muskelaktivität, also gezielte Bewegung, individueller Lebensstil oder Gruppenverhalten. Umgekehrt aber wirken Ordner „ordnend“ auf die Mikroebene und stabilisieren die synchronisierten Aktivitäten auf der Ebene der Systemelemente. Sinn ist ein typischer Vertreter dieser psychologischen Ordner. Einem Sinn ordnet sich alles Denken und Planen unter. Doch zunächst ist, ganz im Sinne zirkulärer Kausalität, der subjektive Sinn aus dem individuellen Zusammenspiel vieler komplexer psychologischer Prozesse geboren. Nun sind lebende Systeme fern davon, in einer solcherart eingespielten Struktur von Ordnern zu verharren. Ordner entstehen und vergehen wie die Jahreszeiten. Der Sinneswandel ist tägliche Erfahrung. Der Übergang zwischen Ordnern verläuft, so die Synergetik, über Phasen der Instabilität des Systems, über kritische Fluktuationen und mikroskopisches Chaos bis hin zum Umschlagpunkt, in dem sich ein erkennbares neues Muster etabliert. Solche Übergangsszenarien vollziehen sich in biologischen, physikalischen, chemischen wie auch in psychischen oder sozialen Systemen. Und genau das ist letztlich der Sinn einer Psychotherapie: Es soll sich etwas ändern. Krankheit soll in Gesundheit übergehen, Symptomverhalten in Lösungsverhalten, und vielleicht ändert sich im Rahmen einer Psychotherapie auch der eine oder andere subjektive Sinn.

In unserer klinischen oder therapeutischen Rhetorik spielt das Wort der „Stabilität“ eine große Rolle. Mit Stabilität oder Stabilisierung ist in der Regel ein Erfolg oder zumindest ein Behandlungsziel angesprochen. Stabilisiert sich der Patient, sind wir zufrieden. Krisenintervention meint zunächst „Stabilisierung“. Aber das eigentliche Ziel einer Psychotherapie ist damit in der Regel noch nicht erreicht. Wenn Therapie Sinnsuche ist und wenn Patienten spüren, dass fundamentale Veränderung Not tut, dann kann reine Stabilisierung auch bremsen. Ordnungswandel kann erst eintreten, wenn eine gewisse Beunruhigung, eine „kritische Instabilität“, eine Ambivalenz, die offen macht für Neues, auch zugelassen oder gar gefördert wird. „Fluktuationsverstärkung“ statt unbedingte Stabilisierung fordert an dieser Stelle die moderne, an der Synergetik orientierte Systemische Therapie (Schiepek et al. 2011). Durch entsprechende therapeutische Fragen oder in erlebnisorientierten Therapien induzierte Erfahrungen lassen sich althergebrachte Einstellungen in Frage stellen, Ambivalenzen herausfordern oder Widersprüchlichkeiten verstärken. Das therapeutische System wird zunehmend in die Nähe des Umschlagpunkts zum Neuen herangeführt. Was sich in solchen Momenten für Klienten und Beobachter vielleicht chaotisch anfühlt, sollte natürlich für den Therapeuten nachvollziehbar bleiben. Entscheidend dabei ist das richtige Timing einer beabsichtigten Verunsicherung. Der Therapeut sollte erkennen, wann sich „etwas tut“ im Sinne fruchtbarer Instabilität, und er in seiner Rolle des Systemmanagers auf den Zug aufspringt, statt ihn zu bremsen.

Damit wären wir noch einmal bei Luhmanns Formulierung der „basalen Instabilität von Sinn“ angelangt. Was Sinn ein für alle Mal sein soll, bleibt unwichtig. Wichtig ist, dass Sinn Gegenstand therapeutischer Kommunikation ist und dass Sinn Bewegung im System Therapie garantiert – in welche Richtung auch immer.

Literatur

- Amering, M. (2006). Hoffnung – Macht – Sinn. Recovery-Konzepte in der Psychiatrie. In: Bock, T.: Eigensinn und Psychose, Neumünster: Paranus, S. 146-154.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1988). Human Systems as Linguistic Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process*, 27(4), S. 371-393.
- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT.
- Bock, T. (2006). Eigensinn und Psychose. Neumünster: Paranus.
- De Shazer, S. (2003). Sinn stiftende Verfahren. *Familiendynamik* 28(1), S. 95-108.
- Dörner, K. (2007). Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Paranus.
- Frankl, V. (1985). Die Sinnfrage in der Psychotherapie. München: Piper.
- Frankl, V. (1996). Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn (4. Auflage). München: Piper.
- Haken, H., Schiepek, G. (2006). Synergetik in der Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Kluge, F. (2002). Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. Berlin: W. de Gruyter.
- Luhmann, N. (1984). Soziale Systeme. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Menning, H. (2011). Positive Emotionen. In: Schiepek, G. [Hrsg.]: Neurobiologie der Psychotherapie (2. Auflage), Stuttgart: Schattauer, S. 250-262.
- Nicolay, L. (2005). Der Sinn des Lebens „sub specie aeternitatis“ – Perspektiven der Individualpsychologie. In: Petzold, H., Orth, I. [Hrsg.]: Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Locarno: Edition Sirius, S. 511-534.
- Petzold, H., Orth, I. [Hrsg.] (2005). Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Locarno: Edition Sirius.
- Popper, K. (1973). Über Wolken und Uhren. In: Objektive Erkenntnis. Ein evolutionärer Entwurf. Hamburg: Hoffmann & Campe, S. 214-267.
- Schernus, R., Bremer, F. (2007). Tyrannei des Gelingens. Plädoyer gegen marktkonformes Einheitsdenken in sozialen Arbeitsfeldern. Neumünster: Paranus.
- Schiepek, G., Zellweger, A., Kronberger, H., Aichhorn, W., Leeb, W. (2011). Psychotherapie. In: Schiepek, G. [Hrsg.]: Neurobiologie der Psychotherapie (2. Auflage), Stuttgart: Schattauer, S. 567-592.
- Spitzer, M. (2011). Gut ist oben. Moral und Metaphern. *Nervenheilkunde* 30(3), S. 178-182.
- Thomae, H. (1985). Sinnerfahrung und personale Geschehensordnung. In: Thomae, H.: Dynamik menschlichen Handelns. Ausgewählte Schriften zur Psychologie 1944-1984. Bonn: Bouvier, S. 175-182.

Wunder, M. (2010). Inklusion – Nur ein neues Wort oder ein anderes Konzept? In: Wittig-Koppe, H., Bremer, F., Hansen, H.: Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte. Neumünster: Paranus, S. 22-37.

Yalom, I. (1989). Existentielle Therapie. Köln: Humanistische Psychologie.

Andreas Manteufel, Jg. 1963, Psychologischer Psychotherapeut, Dr. phil., ist beruflich im psychiatrischen Akutkrankenhaus tätig (LVR-Klinik Bonn, Abteilung für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie 1) und dort mit der Behandlung aller möglichen psychiatrischen Krankheitsbilder befasst. Ausbildung in Systemischer und Familientherapie. Besondere Interessen: Synergetik, Neurobiologie und Psychotherapie, Geschichte der Psychiatrie und der Psychologie, hin und wieder Publikationen zu diesen Themen.
andreas.manteufel@lvr.de