

## Die paradoxe Heilkraft des Humors

*Der Patient soll lernen, der Angst ins  
Gesicht zu sehen,  
ja ihr ins Gesicht zulachen.*  
V. E. Frankl

Der sog. gesunde Menschenverstand versteht die psychosomatischen Krankheitssymptome als etwas Defizitäres, also grundsätzlich Negatives. Wer diese negative Einschätzung nicht teilt, sondern die entsprechenden Symptome als etwas Positives interpretiert, nämlich als Ausdruck von defensiven Ressourcen, bewegt sich auf paradoxem Terrain. Gerade von einem Therapeuten erwartet das normale Alltagsverständnis, dass dieser alles unternimmt, um die neurotischen Symptome zu kurieren, also „wegzukriegen“. Sofern der Therapeut solche Symptome, Schwächen und Mängel aber als Ausdruck einer inneren Ressource ansieht, geht er – aus konventioneller Sicht – paradox vor. Im paradoxen Vorgehen eröffnen sich völlig neue Möglichkeiten. Dabei wird das Gute im Schlechten ebenso sichtbar wie das Schlechte im Guten. Damit wird das Einseitige ebenso relativiert wie Gegensätze harmonisiert werden.

Das psychische Krankheitssymptom ist gerade für den übervernünftigen und übergewissenhaften Menschen, der um alles in der Welt nicht unangenehm auffallen will, gewöhnlich sehr peinlich und daher in keiner Weise akzeptabel. Daher wird – in der Manier von Don Quichotte – verzweifelt gegen Notsignale des Körpers angekämpft, die einen letzten Halt, eine Sicherung in einer scheinbar ganz ausgewogenen Lebenssituation ermöglichen sollen. Aufgabe des Therapeuten muss es sein, dem Patienten zu zeigen, dass es sich hierbei nicht um den verdammenswerten Ausdruck von Schwäche, sondern ganz im Gegenteil um durchaus effiziente Kunstgriffe handelt, die der eigenen Selbstbehauptung sehr nützlich sein können – obwohl dies den Betroffenen gar nicht bewusst ist! Dies soll an folgendem Beispiel veranschaulicht werden:

Frau M. leidet seit einigen Jahren an einer schweren Platzangst. Sie traut sich nicht mehr aus dem Haus, weil sie fürchtet, auf der Straße zu stürzen und dadurch „entsetzliches Aufsehen“ zu erregen. Frau M. ist eine skrupulöse, übergenaue Frau, die sich nicht erinnern kann, jemals mit einem anderen Menschen „böse“ gewesen zu sein. Obwohl sie schon einunddreißig Jahre alt ist, lebt sie noch bei ihrer Mutter, einer resoluten Dame, die ihrem einzigen Kind immer schon alle Schwierigkeiten aus dem Weg geräumt hat. Nachdem sie vor ungefähr fünf Jahren ihren Mann verlor, wurde die Tochter von ihr „ganz vereinnahmt“ (wie Frau M. sich ausdrückte).

Verständlicherweise ist Frau M. in einer widersprüchlichen Weise ihrer Mutter gegenüber eingestellt: Einerseits braucht sie diese als „Krücke“, da sie sich selbst für zu schwach und zu lebensunfähig hält, um allein zurechtzukommen. Andererseits sieht sie in ihr aber auch die Ursache für ihr freudloses, von Ängsten erfülltes Leben. (Dies wagt sie natürlich nicht bewusst einzugestehen, weil sie unbedingt eine „gute Tochter“ sein will!). In diesem Zusammenhang erfüllt die Platzangst – natürlich ungewollt – eine wichtige Ventilfunktion:

Mit ihrer Hilfe kann die Mutter einerseits in den Dienst gestellt werden, so dass ihr mehr und mehr die Funktion einer „Regiersklavin“ zufällt. Andererseits kann die Mutter durch die „schreckliche Angst“ der Tochter aber auch tyrannisiert werden, was angesichts der uneingestandenen Ressentiments, die Frau M. ihrer Mutter gegenüber hegt, gut verständlich ist.

In dieser prekären Situation leite ich den Prozess der humorvollen Umstellung“ mit den folgenden Worten ein:

*„Ihre Platzangst ist augenblicklich doch das einzige Mittel, um ein gewisses Maß an Menschenwürde und Stärke aufrecht zu erhalten. Man muss doch einfach Rücksicht auf Sie nehmen! Stellen Sie sich einmal vor, welch schwachen Standpunkt Sie Ihrer Mutter gegenüber hätten, wenn Sie diese Angst nicht haben würden. Oder können Sie sich vorstellen, dass Sie gegenwärtig in der Lage wären, sich bei ihr mit anderen Mitteln durchzusetzen? So lange das noch nicht der Fall ist, würde ich Ihnen dringend empfehlen, Ihre Platzangst nicht nur zu akzeptieren, sondern möglichst oft ganz bewusst hervorzurufen. Was ich damit sagen will: Sie könnten doch bewusst versuchen, aller Welt zeigen, wie schlecht es Ihnen geht. Was meinen Sie, wie viel Mitleid und Sympathie Sie dadurch hervorrufen werden ...“*

Natürlich hatte Frau M. zunächst eine ganze Reihe von Einwänden, die sich aber nur um das eine Thema drehten, nämlich die Peinlichkeit, die ein Sturz auf offener Straße nach sich ziehen könnte. Diese gedanklichen Konstruktionen übertrieb ich bewusst so lange und so weit, bis Frau M. darüber lachen musste. So sagte ich:

*„Stellen Sie sich vor, wie peinlich es auf die Passanten wirkt, wenn jemand auf offener Straße hinfällt! Die wissen doch nicht, ob Sie Epileptikerin sind oder gerade einen Herzanfall bekommen haben. Niemand wird Sie deswegen verachten! Bemühen Sie sich also, die Leute möglichst oft in diese Verlegenheit zu bringen! Besonders schön wäre es natürlich, wenn Sie dies in Begleitung Ihrer Mutter tun würden ... “*

Was ich hier beschrieben habe, ist nichts anderes als eine *Symptomverschreibung*. Ziel einer paradoxen Symptomverschreibung ist, dem Patienten die Bewusstheit zu vermitteln, dass symptomatisches Verhalten nicht ausschließlich ungewollt und unwillkürlich auftreten muss, was verständlicher Weise Angst erzeugen muss. Es kann vom Therapeuten unter kontrollierten (und damit Sicherheit generierenden) Bedingungen auch „verschrieben“ werden. Insofern *ermutigt* der Therapeut den Patienten zu symptomatischem Verhalten. Zeigt der Patient weiterhin das Symptom, geschieht dies nunmehr unter therapeutischer Anweisung. Er handelt also *richtig*. Das Symptom ist außerdem seiner schicksalhaften Unbeeinflussbarkeit beraubt. Wenn das Symptom verschwinden sollte, bedeutet das einen indirekten Therapieerfolg, der vom Patienten eigentlich nicht intendiert wurde. Die Symptomverschreibung ist somit die gängigste Form eines therapeutischen Paradoxons. Die ihr zugrunde liegende Botschaft lautet: *Behalte und verstärke dein scheinbar unkontrollierbares Symptom willentlich, damit du es loswirst!*

Der Grundgedanke paradoxer Therapie entspricht dem alten homöopathischen Prinzip, Gleiches mit Gleichem zu behandeln, also dem Patienten das zu „verschreiben“, was sein Problem ist (vgl. Sonnenschmidt & Titze, 2016). So sollen etwa bislang schamhaft

verheimlichte Schwächen bedenkenlos propagiert werden, nachdem diese positiv „umetikettiert“ wurden. Damit soll der „faustische Drang zur Hundertprozentigkeit“ (Frankl ([1959] 1987, 174) abgeschwächt bzw. der Lächerlichkeit preisgegeben werden. Dabei wird der Patient zunächst aufgefordert, dem Symptom nachzugeben. Als Nächstes wird ihm dieses Symptom nachgerade verschrieben. Dieser Ansatz ist insofern zielorientiert, als zunächst gefragt wird, welchem geheimen Zweck dieses Symptomverhalten dient – das heißt, was der Patient damit bewirken *kann*. Eben dieses Können wird sodann hervorgehoben, während das Nichtkönnen konsequent ausgeklammert wird. Dazu ein weiteres Fallbeispiel:

Herr L. war 33 Jahre alt und Beamter im gehobenen Dienst der Post. Er kam mit verschiedenen, teilweise sehr schweren psychischen Beschwerden zur Therapie. Unter anderem fühlte er sich von Geheimdiensten verfolgt, hatte zeitweise die Idee, „Beauftragter des Teufels“ zu sein, und klagte daneben über generelle Probleme wie Einschlafstörungen, Sprechblockaden sowie über Antriebslosigkeit, tiefe Niedergeschlagenheit und eine „wahnsinnige Angst vor dem Leben“.

Herr L. war als Einzelkind aufgewachsen und wurde von seiner relativ alten Mutter und einer Tante offensichtlich sehr verwöhnt. Als Kind sei er lieber zu Hause geblieben als mit anderen Kindern zusammen zu sein, weil er Angst vor der Brutalität und den Gemeinheiten der Schulkameraden gehabt habe. In der Schule sei er leistungsmäßig sehr gut gewesen, allerdings sei er von Mutter und Tante stets bei den Schularbeiten unterstützt worden. Seinen Vater hatte Herr L. seit seinem 5. Lebensjahr nicht mehr gesehen, da dieser plötzlich von zu Hause verschwunden sei.

Mit 22 Jahren hatte Herr L. eine gleichaltrige Frau geheiratet, die zwar nicht sehr hübsch gewesen sei, ihm aber durch ihr sicheres Auftreten und ihre Gewandtheit in sozialen Situationen imponiert habe. Außerdem habe er sich ihr gegenüber „irgendwie überlegen“ gefühlt, da sie selbst nur Verkäuferin gewesen sei und er als Abiturient das größere Wissen harre. Mutter und Tante seien aber von Anfang an gegen diese Verbindung gewesen. Vor ungefähr fünf Jahren habe seine Frau aber plötzlich damit begonnen, sich zu emanzipieren und sich „nach vorne zu entwickeln“. Sie habe sich damals an eine linke Frauengruppe angeschlossen und sei von „den Zicken dort“ zur Emanzipation ermuntert worden. Plötzlich habe sie von ihm verlangt, im Haushalt mitzuhelfen und „Weiberarbeit“ zu machen. Bei Diskussionen habe sie nicht mehr den Mund gehalten, sondern habe ihm dauernd widersprochen und sei ihm mit „linken Sprüchen“ gekommen.

Im Laufe der Zeit hatte sich Frau L. so weit emanzipiert, dass sie nicht nur unmittelbar vor dem Abschluss des Abendgymnasiums stand, sondern auch auf sexuellem Gebiet neue Wege gegangen war. Sie hatte – nachdem ihr Mann verbal nichts dagegen einzuwenden gehabt hatte – eine intime Beziehung zu einem Studenten aufgenommen, der in vieler Hinsicht der Antityp von Herrn L. war: selbstbewusst, sozial, eloquent und sportlich. Daneben baute sich Frau L. einen immer größeren Bekanntenkreis auf, in welchem Herr L. als „Prinzgemahl“ nur geduldet war.

Zunächst hatte Herr L. versucht, zu seiner Frau offen in Konkurrenz zu treten: Er hatte ein Studium an einer Fernuniversität aufgenommen und daneben auch versucht, sozial und sexuell „weiterzukommen“. Aus diesem Grunde hatte er sich an eine Männergruppe

angeschlossen, die von seiner Frau stets nur als „Softy-Club“ bezeichnet wurde. Daneben war er einige Male allein in Diskotheken gegangen, wo es ihm allerdings nie gelungen war, die nähere Bekanntschaft einer Frau zu machen. So blieb seine Ehefrau gezwungenermaßen die einzige Frau seines Lebens.

Als sich nun im Verlaufe von wenigen Monaten das gesundheitliche Befinden von Herr L. zusehends verschlechtert hatte, musste seine Frau die Rolle der Krankenschwester übernehmen. Sie musste ihren Mann pflegen, durfte ihn abends nicht allein lassen, musste den Haushalt allein führen, sich um Versicherungen und Bankangelegenheiten kümmern usw. Herr L. hatte – ohne es bewusst zu verstehen – seine Frau in seinen Dienst gestellt, indem er sich der wirksamen Mittel seiner Schwäche und Hilfsbedürftigkeit bediente.

Nach Aufdeckung dieser Zusammenhänge führte ich folgendes Gespräch mit ihm (Titze & Eschenröder, 1998, S. 70f):

Ich: *„Mir ist aufgefallen, dass Sie heute Ihre Frau wesentlich besser im Griff haben als vor einiger Zeit, wo Sie noch nicht krank waren.“*

Herr L.: *„Aber ich möchte doch wieder gesund werden!“*

Ich: *„Was heißt ‚gesund‘! Ist Ihnen klar, dass Ihre Frau dann sofort wieder weitermacht mit der Emanzipation und keinen Handstreich mehr für Sie tut. Sie haben mich jetzt ganz klar davon überzeugt, wie wirksam Ihr Kranksein als Methode ist, Ihre Frau in Ihren Dienst zu stellen. Ich müsste ja ein Sadist sein, wenn ich Ihnen diese Mittel nehmen würde!“*

Herr L.: *„Ja, aber ...“*

Ich: *„Sind Ihnen meine Argumente klar? Ich meine, können Sie akzeptieren, dass Ihr Kranksein ein Mittel ist, das Ziel der Vorherrschaft oder Überlegenheit über Ihre Frau zu gewinnen?“*

Herr L.: *„Ja, schon. Aber doch nicht so! Ich will doch gesund sein ...“*

Ich: *„... und gegenüber Ihrer Frau wieder den Kürzeren ziehen? Ganz im Vertrauen, aber bitte: ich muss mich darauf verlassen können, dass Sie niemandem – und vor allem Ihrer Frau – nichts davon sagen! Ganz im Vertrauen würde ich an Ihrer Stelle die Symptome, die Sie jetzt haben, bewusst noch wesentlich verstärken. Denn so werden Sie folgerichtig noch mehr Überlegenheit gewinnen können. Wenn Sie einverstanden sind, können wir uns jetzt überlegen, was alles Sie mit den Mitteln der Krankheit tun können, um vollständige Überlegenheit über Ihre Frau zu gewinnen ...“*

Herr L. war jetzt in einer Zwickmühle: Würde er sich an meine paradoxen Empfehlungen halten, dann würde er seine spontanen, also unbewusst erzeugten Symptome bewusst akzeptieren und damit den Sinn und die Bedeutung dieser Symptome umdefinieren: Die „schreckliche Krankheit“ wäre nunmehr ein raffiniertes Mittel, um nichts anderes als Macht zu gewinnen. Doch daraus würde unweigerlich resultieren, dass Herr L. sich selbst nicht weiterhin als „armen, schwachen Softie“ wahrnehmen würde, sondern als einen „verschlagenen Macho“ (das war Herrn L.s eigene Formulierung). Würde er aber seiner Frau „verraten“, was ihm der Therapeut „heimlich anvertraut hatte“, dann würde er Gefahr laufen,

dass sie sein Arrangement durchschauen und sich damit nicht mehr in den Dienst stellen lassen würde.

Herr L. wählte den dritten Weg: Er brachte seine Frau in die folgende Therapiesitzung mit und erzählte ihr aus freien Stücken (und ohne mich miteinzubeziehen), dass seine Symptome Waffen seien, die er im Machtkampf gegen sie, seine Frau, einsetzen würde. Ich schlug darauf vor, das Ehepaar L. möge für die folgenden zwei Monate alles genauso tun wie bisher, nur eben bewusst und unter dem Stichwort „Machtkampf“. Beispielsweise sollte Frau L. in Diskussionszirkeln besonders zu glänzen versuchen, während ihr Mann bemüht sein sollte, sie mit Hilfe „verrückten Verhaltens“ zu blamieren usw. Dann bat ich beide, mir bis zur nächsten Stunde möglichst viele Vorschläge zu bringen, wie sie ihr Machtkampf-Spiel für die nächsten zwei Monate „durchziehen“ wollten.

Interessanter Weise verschwanden die Symptome von Herrn L. innerhalb von drei Wochen fast völlig, obwohl er weiterhin (bewusst) versuchte, den Kranken und Verrückten zu spielen. Und seine Frau erwies sich dabei als ausgesprochen humorvoll, so dass die verbleibenden Sitzungen nicht anders als kabarettreif waren: Die Ehepartner sprachen sich in der Folge gegenseitig als „Softy“ und „Emma“ an und spielten im bewussten Rollenspiel eben den Machtkampf, den sie bislang „spontan“ und „un-gewusst“ geführt hatten.

Zusammenfassend lässt sich diese paradoxe Vorgehensweise so beschreiben:

1. *Akzeptieren des Symptoms*: Der Patient darf sein Symptom haben.
2. *Übertreibung des Symptoms*: Der Patient soll dazu gebracht werden, seine Symptome zu übertreiben oder der Therapeut soll sie (humoristisch) „ernster“ nehmen als der Klient selbst.
3. *Positive Definition des Symptoms*: Das Symptomverhalten wird nicht negativ bewertet, sondern positiv umdefiniert oder umgedeutet.
4. *Verschreibung des Symptoms*: Der Patient wird angewiesen, sich verstärkt dem Symptomverhalten zuzuwenden.
5. *Training des Symptoms*: Der Patient wird gebeten, sein Symptomverhalten zu perfektionieren.

## **Symptome als innere defensive Ressourcen**

Ressourcen sind Kompetenzen und Quellen existenzieller Sicherung und/oder persönlichen Wachstums. Ohne ihre Hilfe könnte ein Mensch sein Leben nicht bewältigen. Expansive Ressourcen beziehen sich auf alle Kompetenzen, Stärken und Erfolgsstrategien, die ein Mensch von Geburt aus mitbringt bzw. im Laufe seines Lebens entwickelt. Die Voraussetzung für das Entstehen und Bestehen von expansiven Ressourcen ist das Selbstbehauptungsstreben des Menschen. Das ist die Antriebskraft, ohne die ein erfolgreiches Handeln, eine mutige Auseinandersetzung mit den Lebensproblemen sowie eine Teilhabe am sozialen Wettstreit nicht möglich wären. Expansive innere Ressourcen gehen mit positiven Gefühlen einher: Freude, Glück, Mut, Begeisterungsfähigkeit, Liebe, sozialem Interesse, Lebenskraft, Elan vital, Weltzugewandtheit, Humor, Gelassenheit,

Arbeitsmotivation, Lebenslust, Kompetenzlust und Stolz.

Der psychisch gesunde Mensch besitzt viele expansive Ressourcen. Diese sind eine Voraussetzung für seine innere Festigkeit. Beim typischen Psychotherapiepatienten stehen jedoch spezifische Symptome in Form von Ängsten, Depressionen und psychosomatischen Beschwerden derart im Vordergrund, dass die grundsätzlich angelegten expansiven Ressourcen nicht zum Vollzug kommen können: Diese sind nämlich weitgehend verschüttet und verdrängt. Die spürbar im Vordergrund stehenden Symptome sind vordergründig Ausdruck eines Minderwertigkeitskomplexes, der den Patienten entmutigt und vor den Herausforderungen des Lebens zurückweichen lässt. Eben dies soll den Patienten – paradoxer Weise – vor einer weiteren Schwächung seines Selbstgefühls schützen. Denn die entsprechenden Symptome entstanden zumeist aus einer Situation heraus, in der sich der Patient emotional so belastet fühlte, dass er oder sie auf seine expansiven Ressourcen nicht mehr zurückgreifen konnte, sondern nach alternativen Mitteln und Wegen suchen musste, um sich existenziell zu sichern. Gleichzeitig können diese Symptome als eine sehr probate Rechtfertigung für entsprechende defensive Ausweichmanöver genutzt werden. So erklären die betreffenden Patienten häufig:

- ✓ *„Wenn ich nicht so große Angst hätte, dann könnte ich zur Arbeit gehen!“*
- ✓ *„Wenn ich nicht so depressiv wäre, hätte ich Freunde und würde am sozialen Leben teilhaben!“*
- ✓ *„Wenn ich nicht so große Probleme mit meiner Verdauung hätte, könnte ich durch die Welt reisen unternehmen!“*
- ✓ *„Wenn ich nicht so einen schlimmen Hautausschlag hätte, könnte ich mich auf ein Liebeverhältnis einlassen und irgendwann heiraten!“*

Solche und ähnliche Ausreden verraten uns den eigentlichen Zweck der psychischen bzw. psychosomatischen Symptome: Sie dienen dem jeweiligen Patienten als ein plausibles Argument, sich vor den vielen potenziellen Gefahrensituationen des Lebens zu schützen. Und in nicht wenigen Fällen gelingt es den Betroffenen auch, andere Menschen mittels eben dieser Symptome in den eigenen Dienst zu stellen – so dass sie durch ihre Schwäche zu herrschen vermögen! So erfüllen beim typischen Psychotherapiepatienten seine psychischen und psychosomatischen Krankheitssymptome – paradoxer Weise – die Funktion von *defensiven Ressourcen*.

Ein Psychotherapeut, der sich von dieser Idee leiten lässt, wird unweigerlich eine ganz andere Position gegenüber dem Symptomgeschehen einnehmen, als dies zum Beispiel ein rational orientierter Nervenarzt tun würde. Er oder sie wird die defensiven Strategien, die dem Symptomgeschehen zugrunde liegen, nicht als pathologisch bewerten, sondern diese zunächst als durchaus sinnvoll erachten und sie daher ohne Wenn und Aber gutheißen – oder sogar verschreiben!

Der Therapeut muss in diesem Zusammenhang aber unbedingt das Terrain der Normalität verlassen und sich ins Reich der Abnormität, Widersinnigkeit oder eben Paradoxie begeben.

Nunmehr kann er oder sie nicht nur das konkrete Symptomgeschehen, sondern jegliche Art von Fehlverhalten auf Seiten des Patienten mit „positiven Augen“ sehen, das heißt, als Ausdruck einer gelungenen individuellen Lebensstrategie interpretieren. Sobald ein Symptom in diesem Zusammenhang als defensive Ressource umgedeutet wird, erscheint es als Ausdruck eines inhärenten *Könnens*, was dem Patienten paradoxer Weise fast immer ein Gefühl größerer Kompetenz und Selbstakzeptanz, aber auch Selbstkontrolle verleiht. Bruno Peters schreibt im Hinblick auf diese defensive Ressource: *„Eine Ressource ist das, was eine Person gut kann“* (Neumann & Peters, 1996, S. 93). Und er empfiehlt folgerichtig: *„Das, was man gut kann, muss man vorzeigen und spielen, zum Beispiel die lebenslang eingeübte Rolle als Schüchterner.“* In diesem Zusammenhang kommt es insofern zu einer Art von „Übersetzung“, als das symptomatische Verhalten ressourcenspezifisch umbewertet wird. Hier einige Beispiele (nach de Shazer (1986, S. 286):

- ✓ Sture Unnachgiebigkeit = standhaftes Verhalten
- ✓ Unreifes Verhalten = nonkonformistisch sein
- ✓ kontaktarm/abgeschlossen leben = sein eigenes Bewusstsein genau erforschen
- ✓ auf Distanz gehen = sich um sich selbst kümmern
- ✓ passiv sein = die Fähigkeit, Dinge so zu akzeptieren, wie sie sind
- ✓ übertriebene Ungeselligkeit = seine Bekannten sorgfältig auswählen
- ✓ unterwürfig sein = Autorität und Führung suchen, um sich selbst zu finden
- ✓ gefühllos sein = sich vor Verletzungen schützen
- ✓ überempfindlich sein = sehr lebendig, bewusst und intensiv auf andere Menschen eingestimmt sein
- ✓ alles kontrollieren wollen = Struktur und Überblick in seine Umwelt bringen wollen
- ✓ unangemessen impulsiv sein = spontan sein wollen
- ✓ widerspenstig sein = seinen eigenen Weg im Leben suchen
- ✓ grundlos weinen = fähig sein, Gefühle, besonders schmerzhaft, authentisch auszudrücken

Unter dieser Voraussetzung kann der therapeutische Prozess zu einem wirklich „kreativen Vorgang“ werden. Denn alles, was der Patient tut (oder nicht tut), kann so als die authentische Inszenierung eines impliziten Spielplans bzw. „Drehbuchs“ aufgefasst werden, der einen „tieferen Sinn“ besitzt. Dieses „gekonnte Spiel“ mag vor den Augen der Welt als eine Ansammlung von Defiziten und Fehlleistungen erscheinen, doch wie der Clown ein (freiwilliger) Experte im Scheitern ist, der die Kunst des Stolperns virtuos beherrscht, so

erweist sich auch der Patient als ein (unfreiwilliger) Experte in dieser Kunst – als jemand, der sein Symptomgeschehen zielgerichtet, also „sinnvoll“ inszeniert, auch wenn er sich dieses Könnens (noch) gar nicht bewusst ist.

## Paradoxe Intention

Wenn sich ein „Patient“ (das heißt wörtlich übersetzt: „ein passiv Erleidender“) einmal tatsächlich entschlossen hat, diesen paradoxe Weg zu gehen, ist er oder sie auch schon „Akteur“ geworden, das heißt jemand, der sein Leben aktiv in den Griff nimmt und an eben jene Lebenssituationen herangeht, denen er oder sie bislang ängstlich ausgewichen war.

Erfunden wurde diese Methode von Alfred Adler, der in diesem Zusammenhang von einer „negationären Taktik“ sprach (vgl. Titze & Eschenröder, 1998, S. 65f.)). Schon im Jahre 1914 veranschaulichte Adler dies am Beispiel eines Falles von Schlaflosigkeit:

*„Braucht man (einen raschen Erfolg), so wird er am ehesten zu haben sein, wenn man den Patienten kurz, unverblümt und geschickt darüber belehrt, daß die Schlaflosigkeit ein günstiges Zeichen einer heilbaren seelischen Erkrankung sei [...]“.* (Adler, 1974, S. 173)

Weitere Beispiele finden sich in späteren Schriften Adlers. So gab er einem kleinen Mädchen, das seine Familie jeden Morgen mit Weinkrämpfen, stundenlangem Frisieren und dergleichen mehr zu tyrannisieren pflegte, den folgenden Auftrag: „Schreibe mit großen Buchstaben auf einen Zettel und hänge ihn über dein Bett: ‘An jedem Morgen muss ich meine Familie in größte Spannung versetzen!’“

Einem Patienten, der an Magen- und Atembeschwerden litt, die durch unbewusstes Luftschlucken verursacht waren, gab Adler diesen Ratschlag: „Wenn Sie nach draußen gehen wollen und darüber in einen Konflikt geraten, schnappen Sie schnell nach Luft!“

Dieses für die damalige Psychotherapie sehr ungewöhnliche Verfahren wurde später als „Antisuggestion“ bezeichnet. Rudolf Dreikurs bemerkte hierzu im Jahre 1932 (S. 171f.):

*„Einen ganz eigenartigen Trick, der nicht nur überraschend prompt wirkt, sondern auch theoretischen Einblick in den Mechanismus des nervösen Symptoms gewährt, stellt ein Verfahren dar, das Adler schon wiederholt beschrieben hat und dem Wexberg den Namen ‘Antisuggestion’ gab. Es besteht darin, daß man in nicht verletzender Weise und unter irgendeinem Vorwand dem Patienten rät, gerade das zu üben, was er bis jetzt scheinbar bekämpft hat, also sein Symptom zu verstärken“.*

Der bekannteste Exponent dieser paradoxen Behandlungsmethode war aber Viktor E. Frankl, ein Schüler Alfred Adlers. Nachdem er Ende der 1920er Jahre begann, seine „Logotherapie und Existenzanalyse zu etablieren, prägte er 1939 den Begriff „paradoxe Intention“. Diese Methode gehört inzwischen zum Inventar der modernen Psychotherapie. Und das ist die Vorgehensweise: Der Patient wird angewiesen, sich eben das zu wünschen bzw. vorzunehmen, was er oder sie bisher so sehr gefürchtet hat. Denn die typischen Symptome des ängstlichen Patienten sind das Erröten, Zittern, Schwitzen und Herzrasen. Sie werden bekämpft, weil sie Hinweise auf (scheinbar) peinliche Schwächen sind, für die sich der Patient schämt. Andererseits werden sie durch eine Erwartungsangst aufrechterhalten und



verschlimmert, die durch die mutlose Überzeugung genährt wird, dem Symptom gegenüber ohnmächtig zu sein. Gerade dies führt zu einer Fixierung der Aufmerksamkeit auf das Symptomgeschehen bzw. zu einer übermäßigen Selbstbeobachtung („Hyperreflexion“).

Angesichts dieses Teufelskreises wird der Patient im Sinne Frankls gezielt mit humorvollen Formeln (Humor schafft Distanz!) dazu angehalten, seine Furcht „bedenkenlos“ zu übertreiben. Frankl (1975b, S. 162) definierte die entsprechende Vorgehensweise so:

*„Der Patient soll lernen, der Angst ins Gesicht zu sehen, ja ihr ins Gesicht zu lachen. Hierzu bedarf es eines Mutes zur Lächerlichkeit. Der Arzt darf sich nicht genieren, dem Patienten vorzusagen, ja vorzuspielen, was sich der Patient sagen soll. Nichts läßt den Patienten von sich selbst so sehr distanzieren wie der Humor. [...] Diese Technik basiert auf dem heilsamen Einfluss des Versuches des phobischen Patienten, sich gerade das zu wünschen, wovor er sich so sehr fürchtet. Auf diese Art und Weise wird der Angst schließlich der Wind aus den Segeln genommen.“*

So wird dem psychisch Kranken in systematischer Weise beigebracht, die Ehrfurcht vor der Bedeutung all dessen zu verlieren, was seiner Überzeugung nach „schrecklich“, „entsetzlich“ oder „katastrophal“ ist. Es wird ihm oder ihr dies nicht etwa ausgedeutet, nein, der Patient wird geradezu aufgefordert, eben dasjenige anzustreben, wovor er oder sie bislang stets eine heilige Scheu hatte: also etwa rot zu werden, in der Öffentlichkeit unangenehm aufzufallen, Potenzstörungen zu haben, sich mit Krankheitserregern anzustecken und dergleichen mehr! Das heißt, der Patient soll sich geradewegs und bewusst eben das vornehmen, was von seiner Vernunft und seinem Gewissen immerfort in einer geradezu verabsolutierenden Weise negativ beurteilt wurde!

Der Patient wird letztendlich dazu angehalten, dem „schrecklichen Symptom“ ins Gesicht zu lachen bzw. dessen nicht ernst zu nehmende Bedeutung „sich selbst zu beweisen“ und auf dieser Grundlage eine neue Einstellung zu gewinnen. So soll etwa derjenige, der Angst vor Ansteckung durch Bakterien hat, sich immer wieder vorsagen: *„Heute habe ich schon fünf Millionen von diesen niedlichen Tierchen geschluckt. Mal sehen, ob ich noch ein paar weitere Millionen zu fassen kriege!“*

Jemand, der Angst hat, in der Öffentlichkeit zu zittern, soll bewusst versuchen zu zittern und sich dabei sagen: *„Jetzt will ich den Leuten mal so richtig zeigen, was für ein Weltmeister im Zittern ich doch bin!“* Und ein anderer, der vor Angst fast vergeht, auf offener Straße zu stürzen (welch eine Blamage!), soll sich fest vornehmen, *„den Leuten mal ein richtiges Spektakel zu bieten und für einen Auflauf zu sorgen, wie ihn die Stadt noch nicht erlebt hat!“*

Diese paradoxe Vorgehensweise greift somit auf die besondere humoristische Technik der Ironie und Übertreibung zurück. Die Tyrannei der „katastrophierenden“ Gedanken wird dadurch in ihrer Absurdität derart entlarvt, dass ihre Aussage weiter und weiter überzogen wird bis sie schließlich ganz und gar unrealistisch wird.

Damit ist ein erster, entscheidender Schritt getan, den unheilvollen Teufelskreis aus Angst und Krankheitssymptomen zu durchbrechen. Wer nämlich damit aufhört, sich selbst, seine körperlichen Vorgänge und sein äußeres Erscheinungsbild förmlich zu belauern, der wird frei werden, sich (wieder) auf die Welt und das Leben einzustellen. Es soll also ein Weg gefunden

werden, die unheilvolle Selbstkontrolle, wie sie gerade für den übervernünftigen und übergewissenhaften Menschen typisch ist, aufzugeben. Es muss also eine heilsame Distanz geschaffen werden zum eigenen Ich bzw. den Problemen der eigenen Körperlichkeit. Hierzu erklärt Viktor E. Frankl (1975a, S. 166) folgendes:

*„Nichts ist mehr geeignet, Distanz zu schaffen, als der Humor. Wagen wir es doch, uns diese Tatsache zunutze zu machen; versuchen wir einmal, der Angst gleichsam den Wind aus den Segeln zu nehmen [...] So hat der Kranke es in zunehmendem Maße zu lernen, sich schrittweise immer mehr über ‚das Symptom‘ zu stellen, und die humoristische Art, zu der wir ihn hierbei anleiten, die wir ihm geradezu vorzuspielen haben, erleichtert dies ihm so, wie aller Humor es dem Menschen leicht macht, sich ‚über eine Situation‘ zu stellen. Man lächle ruhig über diese Art, dem Kranken sich seinem Symptom gegenüber umstellen zu lassen; er selber wird auch lächeln – und damit haben wir sein Spiel‘ irgendwie auch schon gewonnen.“*

Vor etlichen Jahren konsultierte mich ein Patient auf Grund einer quälenden Vomitophobie, das heißt der Angst, in der Öffentlichkeit zu erbrechen. Ich wandte auch bei ihm die paradoxe Intention an. Zum Abschluss der Behandlung brachte er den folgenden Eigenbericht mit (Titze, 1985, S. 104ff):

*„Schon in jungen Jahren plagten mich hin und wieder Angstzustände, die immer dann auftraten, wenn ich in Gesellschaft essen sollte. Im Bereich des Sonnengeflechts spürte ich starken Druck. Auch würgte es mich so stark im Hals, als ob ich mich übergeben müsste. Meistens, nach dem ersten Schluck oder Bissen, ließen diese Angstzustände etwas nach, bis sie schließlich wie von selbst wieder verschwanden.*

*Als die Symptome immer wiederkehrten, ging ich zu einem Arzt der Allgemeinmedizin, dem ich die Sache schilderte. Er wertete die Angstzustände als ‚vegetative Dystonie‘ und verschrieb mir Psychopharmaka. Diese Medikamente brachten mir aber keinen Erfolg. Ich beschloss dann, einen Nervenarzt aufzusuchen. Dort wurde ich gründlich untersucht, und erlernte das Autogene Training. Danach hatte ich einige Jahre Ruhe bzw. die Angstzustände traten nicht mehr so stark auf.*

*Mit zweiunddreißig Jahren, als ich im Urlaub in einem Hotel in einem beengten Speisesaal das Essen einnahm, brach plötzlich das Angstgefühl in seiner vollen Stärke aus. Ich möchte die Symptome nun näher beschreiben: Es begann mit einer inneren Unruhe, leichtem Schwindelgefühl, meistens noch verbunden mit Durchfallneigung. Die Hände wurden eiskalt, es überkam mich ein leichtes Zittern. Dazu würgt es mich heftig, als ob ich mich übergeben müsste. Das Würgegefühl trat immer dann auf, wenn ich mir vornahm, im Speisesaal des Hotels zu essen. Dort selbst war ich dann kaum in der Lage, einen Bissen hinunterzuschlucken, weil der Mund total trocken wurde.*

*Nachdem der Urlaub vorbei war, wurde es keineswegs besser. Im Gegenteil, es wurde so schlimm, dass es mich laufend auch in unbestimmten Situationen würgte. Ich besuchte nun keine Lokale mehr, weil ich Angst vor dem Essen und dem Würgen hatte. Ich wurde sehr deprimiert. Aus diesem Grunde entschloss ich mich zu einer psychotherapeutischen Behandlung.*

*Als ich dann beim Psychotherapeuten war, begann für mich eine ganz neue Phase des mich Kennenlernens. In vielen tiefgehenden Gesprächen lernte ich verschiedene Dinge, die ich hier niederschreiben möchte. So erkannte ich zum Beispiel, was für ein zwanghafter Mensch ich*

*bin und dass ich zu viel Rücksicht auf andere nehme. Ich erkannte auch, dass ich vor allem Angst hatte, andere Menschen könnten mein Würgen sehen und sich etwas Negatives dabei denken. Durch meine übergroße Gewissenhaftigkeit, die mir eigen ist, wollte ich mich selbst zu einem unrealistischen Perfektionismus treiben. Dass man aber einen Kampf gegen sich selbst nicht gewinnen kann, das habe ich an mir selbst zu Genüge erfahren! In den therapeutischen Gesprächen wurde mir bewusst, dass es die Angst vor der Angst ist, welche die Symptome hervorruft. Jetzt begriff ich endlich, dass ich nicht essen musste, wenn ich nicht wollte! Ich begriff also, dass ich mich mehr von meinen Gefühlen dem "kleinen Kind in mir" leiten lassen sollte. Nun bekam ich die Aufgabe, die Konfliktsituationen, denen ich bisher ängstlich ausgewichen war geradezu aufzusuchen. Ich sollte mich also möglichst oft in Lokale begeben, um zwischen Menschen zu sitzen und dabei etwas zu essen. Der Psychotherapeut sagte mir, ich solle mir im Lokal vornehmen, über den Tisch zu kotzen.*

*Im Folgenden suchte ich diese „gefährlichen Situationen“ also auf. Bei einer Wanderung kam ich in ein abgelegenes Dorf, in dem nur ein Gasthof offen war. Er machte von außen einen unwirtlichen Eindruck. Es würgte mich heftig vor der Gaststätte, ich aber sagte mir, ich gehe trotzdem hinein und esse etwas! Die Wirtin war eine schmuddelige Person, dies aber bestärkte mich nur mehr in dem Gedanken, im Lokal auf den Tisch zu kotzen. Ich bestellte einen Wurstsalat und wartete trotz meiner Angstgefühle auf die Dinge, die nun mit mir passieren würden. Das Essen kam und ich fing an, den ersten Bissen zu nehmen. Natürlich merkte ich, wie das Angstgefühl in mir hochkam. Da nahm ich mir vor, auf den Tisch zu kotzen! In diesem Moment, als ich mit Leib und Seele dahinter stand, verschwand das Angstgefühl, und ich konnte den Wurstsalat aufessen!*

*In der nächsten Zeit machte ich diese Versuche öfters und öfters. Der Psychotherapeut sagte mir, ich sollte meine Angst nicht nur akzeptieren, sondern darüber hinaus versuchen, sie auch noch zu verstärken. Ich ging also in die verschiedensten Lokale und nahm mir vor, als die Angst in mir hochkam, sie solle nur noch mehr werden. Ich gab mir den Befehl: „Ich will Angst haben, sie soll stärker und stärker werden, damit ich über den Tisch kotze und den Leuten ganz den Appetit verderbe!“ Einmal bestellte ich mir ein Schnitzel mit Beilagen. Schon am Anfang merkte ich, dass ich nicht so nervös war wie sonst. Die Hände waren nicht mehr so kalt. Als das Essen kam, stand ich wieder mit Leib und Seele hinter meinem Vorsatz. Ich konnte das Essen dann tatsächlich ruhig einnehmen und genießen! Als ich fertig war, stieg ein unbeschreibliches Glücksgefühl in mir auf und ich musste unwillkürlich lachen! Es war mir doch wirklich gelungen, das scheinbar Unmögliche möglich zu machen, nämlich den Teufelskreis zu durchbrechen!*

*Seit ich die Psychotherapie begonnen habe, spüre ich zunehmend, wie ich gelöster und ausgeglichener werde und meinen Sinn für Humor wieder finde. Auch zeige ich jetzt meine guten ebenso wie meine ‚schlechten‘ Gefühle viel offener und freier. Meine Neigung zum Perfektionismus schwindet zusehends ... “*

Ein anderes Beispiel für die Wirksamkeit der paradoxen Intention finden wir in einem von Frankls Büchern (1975b, S. 194). Dort wird ein Mann angeführt, der unter der „entsetzlichen Zwangsvorstellung“ litt, er könnte seine Einkommenssteuer um 300 Dollar zu niedrig eingeschätzt und dadurch den Staat betrogen haben. Von dieser Idee geradezu besessen, phantasierte er, staatsanwaltlich verfolgt zu werden, ins Gefängnis zu kommen und sogar in

den Medien als Betrüger gebrandmarkt zu werden. Diese Zwangsidee quälte ihn über Jahre hinweg. Sämtliche psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsversuche, denen er sich bislang unterzogen hatte, waren erfolglos geblieben. So schloss er bei Lloyds in London eine extra auf ihn zugeschnittene Spezialversicherung ab, die ihn vor den Folgen irgendeines unbewussten oder unbeabsichtigten Fehlers bewahren sollte. Doch auch dies fruchtete nichts!

Schließlich begab sich der Unglückliche zu einem Frankl-Schüler, der ihn dazu anregte, sich folgende paradox anmutende Formel vorzusagen: *„Ich pfeif’ auf alles. Der Teufel soll den Perfektionismus holen. Mir ist alles recht – von mir aus soll man mich einsperren. Je früher desto besser! Mich fürchten vor den Folgen eines Fehlers, der mir unterlaufen sein könnte? Soll man mich doch verhaften – jeden Tag gleich dreimal! Wenigstens krieg’ ich auf die Weise mein Geld zurück, das schöne Geld, das ich den Herren in London in den Rachen geworfen hab’!“*

In der weiteren Folge begann der Patient sich geradezu zu wünschen, möglichst viele Fehler begangen zu haben, und er nahm sich vor, noch mehr Fehler zu machen, seine ganze Arbeit durcheinander zu bringen und den Sekretärinnen zu beweisen, dass er der „größte Fehlermacher der Welt“ sei. Erschien er bei seinem Therapeuten in der Praxis, so empfing ihn dieser grundsätzlich mit humorvollen Bemerkungen, wie zum Beispiel mit den folgenden Worten: *„Was – um Himmels willen! Sie laufen noch immer frei herum? Ich dachte, Sie sitzen schon längst hinter Gittern – und ich hab’ schon in den Zeitungen nachgeschaut, ob sie denn noch immer nicht über den großen Skandal berichten, den Sie verursacht haben!“* Daraufhin pflgte der Patient in lautes Gelächter auszubrechen und in zunehmendem Maße diese ironisierende Haltung selber und seinerseits einzunehmen, z. B. indem er sich sagte: *„Mir ist alles Wurst – soll’n sie mich einsperren; höchstens geht die Versicherungsgesellschaft bankrott!“*

## **Die konspirative Allianz**

Auf dem Wege über eine einfühlsame Identifikation mit dem Patienten können Psychotherapeuten eine amüsante „Zwillsingsbeziehung“ herstellen, die von wechselseitigen paradoxen Projektionen bestimmt wird. Indem sich der Therapeut affektiv auf die unbewussten Bedürfnisse, unreflektierten Absichten und Zielvorstellungen des Patienten ebenso „einstellt“ wie auf die entsprechenden Handlungsstrategien, kann er oder sie deren unbewusste Sinnhaftigkeit zunächst nachvollziehen und dann auch aktiv spiegeln. Dies bezieht sich immer auch auf die Dynamik des entsprechenden Symptomgeschehens. Der Therapeut thematisiert indirekt – das heißt, auf dem „Umweg über die eigene Person“ – eben jene symptomatischen „Arrangements“ des Patienten, die sich als (im Sinne von defensiven Ressourcen) durchaus sinnvolle „Kunstgriffe“ erweisen.

Dabei kann der Therapeut modellhaft so argumentieren, wie der Patient selbst es bislang (aus rationalen Gründen heraus) nicht zu tun vermochte. In humorvoller Weise setzt sich der Therapeut bedenkenlos über diese Abwehr hinweg, indem er – auf dem „Umweg über die eigene Person“ – zum Beispiel sagen könnte:

- ✓ „Ich an Ihrer Stelle würde die Leute in dem Glauben lassen, dass es *mir* schlecht geht. Damit könnte *ich* sie einwandfrei zwingen, sich mehr um *mich* zu kümmern!“
- ✓ „Wenn *ich* mich meiner Partnerin so unterlegen fühlen würde wie Sie, würde *ich* mich über meine Impotenz freuen: weil sie mein Machtmittel ist, mit dem ich ihr beweise, dass sie mich keineswegs ‚schwach machen‘ kann!“

Mit Hilfe der „konspirativen Formel“ bestätigt der Therapeut aber, dass das symptomsspezifische Arrangement des Klienten „normalerweise“ unangemessen ist. Wenn der Therapeut also erklärt, „*das sollte unter uns bleiben, niemand braucht zu erfahren, dass ich Ihnen dies geraten habe*“, bestätigt er oder sie einerseits die (ideal)normativen Forderungen des gesellschaftlich normierten Erwachsenenlebens, die eine stete Quelle von Schuld- und Schamgefühlen sein können. Andererseits setzt er oder sie sich in diesem konspirativen Vorgehen soz. privat für die Anliegen des „Kindes im Patienten“ ein. Dies wird im Folgenden veranschaulicht:

(T) „Sie leiden an einem Waschzwang, weil Sie noch nicht verstanden haben, dass Sie dadurch stark sind und Ihre Menschenwürde verteidigen können. Sie gehen an das Ganze mit der Vernunft des Erwachsenen heran. Ich versuche hingegen, es mit den Augen des Kindes in Ihnen zu sehen – und finde es sehr mutig und durchsetzungsfähig!“

(P) „Finden Sie das lustig?“

(T) „Lustig? Warum sollte es nicht gut sein, lustig und fröhlich zu handeln? Sehen Sie, wenn ich vor einer unangenehmen Aufgabe stehe, reiße ich mich zusammen und zwingen mich mit Unlustgefühlen, es zu tun. Ich mache das wahrscheinlich, weil ich mich davor fürchte, mich den Zwängen des Lebens zu widersetzen. Sie aber tun etwas dagegen. Sie stellen sich unter die Dusche und die ganze Welt um Sie herum ist machtlos. Vielleicht gelingt es mir auch einmal, diesen Mut zu entwickeln und Ihre Methode anzuwenden. Ich stelle mir das bildhaft vor: Ich muss zu irgendeiner blöden Verabredung, habe keine Lust und stelle mich einfach unter die Dusche. Ich denke mir: Ihr könnt mich alle mal! Da klingelt das Telefon und man fragt nach mir. Ich schreie unter der Dusche hervor, so dass meine Frau und die am Telefon es hören: Ihr könnt mich alle mal gern haben, ich stehe jetzt unter der Dusche!“

(P) „Aber das will ich doch nicht! Ich will meinen Pflichten doch nachkommen!“

(T) „Sie oder Ihr Gewissen? In Wirklichkeit sind viele von diesen Pflichten doch gar nicht akzeptabel. Viele Menschen lassen sich aber zwingen und unterdrücken. Sie *tun* etwas dagegen!“

(P lachend): „Und nun soll ich mich mein Leben lang duschen?“

(T) „Duschen und andere Dinge tun, die mutig sind und Sie vor unangenehmen Dingen bewahren. Vielleicht fallen uns gemeinsam ein paar Sachen ein, die auch ich anwenden könnte, um mich besser durchzusetzen. Doch bitte versprechen Sie mir, dies nicht an die große Glocke zu hängen. (Augenzwinkernd) Immerhin bin ich noch nicht so mutig wie Sie ...“

Eine interessante Variante bietet in diesem Zusammenhang das Setting der Multiplen Psychotherapie (Dreikurs et al. 1984). Diese entstand um 1920, als Alfred Adler bei öffentlichen Erziehungsberatungen mehrere Fachleute einbezog, die das Problem ratsuchender Eltern durchaus kontrovers diskutieren konnten. Daraus entwickelte sich schließlich eine Vorgehensweise, bei der zwei Therapeuten einem einzelnen Klienten „in verteilten Rollen“ gegenüberstehen. Der 1. Therapeut vertritt dabei das Bezugssystem des „normalen Erwachsenenlebens“, während der 2. Therapeut im Sinne des primären Bezugssystems „paradox argumentiert“. Er oder sie versucht demnach zu einem emotionalen Identifikationsobjekt des Patienten zu werden. Dabei identifiziert sich dieser mit den – vom Standpunkt der Vernunft – unangemessenen „privatlogischen“ Apperzeptionsweisen, Zielvorstellungen und Handlungsstrategien des „Kindes im Patienten“.

Damit können typische Konfliktlagen sozusagen objektiviert werden. Indem der 2. Therapeut „seine“ Sache mutig vertritt und sich grundsätzlich auf Konfrontationen mit dem 1. Therapeuten einlässt, kann gerade ein passiver, konfliktscheuer Klient erleben, dass sein vordergründig unangemessenes oder störendes Verhalten auch positive Aspekte besitzt. Daraus ergeben sich häufig ermutigende und ichstärkende Wirkungen, die immer wieder zu einer Humorreaktion führen können.

Im Folgenden ist das Transskript einer Gesprächsfolge angeführt, die in einer psychiatrischen Klinik aufgezeichnet wurde (Titze 1979, S. 325ff). Der Patient war ein negativistischer Psychotiker, der seit Monaten nicht mehr sprach und der zuletzt auch die Nahrungsaufnahme verweigert hatte. Dieser Patient wurde von seinem Stationsarzt als dem 1. Therapeuten (T 1) mit normativen Vernunftargumenten dazu aufgefordert, endlich zu essen, gegenüber dem Pflegepersonal nicht so unhöflich zu sein und sich an Besuchstagen zu den Angehörigen freundlicher zu verhalten“ (was der Patient bislang ignoriert hatte). Ich selbst fungierte als der 2. Therapeut (T 2): Der Patient kannte mich nicht, da ich als Nichtklinikangehöriger vom Stationsarzt in dieser Sache konsultiert worden war. Es war mit ihm abgesprochen, dass ich als paradoxer Gegenteiliger fungieren würde:

**T 1** (zum Patienten gewandt): „Ich möchte Sie nochmals eindringlich auffordern, sich endlich zusammenzunehmen und in Zukunft etwas zu essen. Kein vernünftiger Mensch verhält sich so wie Sie. Jeder Erwachsene ist verpflichtet, sich gesund zu ernähren, damit er seinen Mitmenschen keine Sorgen macht und bei Kräften bleibt, um arbeiten zu können, wie es sich gehört!“

**T 2:** „Um ganz ehrlich zu sein: Ich finde das ein starkes Stück, wie Sie mit Herrn Z. (dem Patienten) umgehen. Sie wollen ihn ja richtig mästen, um ihn den Menschen vorzuführen und dann schnellstens zur Fronarbeit zu schicken. Wenn ich aber so viel Böses und Erniedrigendes durchgemacht hätte wie er, würde ich absolut nichts essen. Und mit denjenigen, die mich so gequält und unterdrückt haben, würde ich kein einziges Wort mehr wechseln!“

**T 1** (wispernd) „Sie können doch nicht in Gegenwart des Patienten so etwas sagen! Am Ende hört er uns noch zu. Außerdem habe ich das Gefühl, dass Sie überhaupt kein Fachmann sind. Wie könnten Sie ihm sonst raten, sich weiterhin so unmöglich zu benehmen! Wissen Sie eigentlich, was Sie ihm da raten? Sich wie ein kleines, armseliges Kind zu verhalten! Babys

sprechen ja auch nicht. Sie gehen nicht arbeiten, und sie machen sich in die Hose. Sie sollten ihm lieber raten, sich wie ein Erwachsener zu benehmen: anständig essen, wie sich's gehört, höflich zu den Leuten sein und für seinen eigenen Lebensunterhalt sorgen!"

**T 2** (lauter werdend): „Wenn ich ihm das raten würde, würde ich es nicht gut mit ihm meinen. Er ist doch gerade als Erwachsener in der miesesten Situation, die man sich überhaupt vorstellen kann! Seine Eltern nörgeln an ihm herum, jeder Beliebige lacht ihn aus und am Arbeitsplatz beschimpfen sie ihn und machen ihn fertig. Da würde ich an seiner Stelle auch nicht mehr mitmachen, da würde ich ebenfalls streiken. Wenn er nicht isst, ist das lange nicht allein sein Problem. Die anderen sind es doch, die daran interessiert sind, dass er isst, um weiterzuleben. Die Ärzte zum Beispiel, die Pfleger, die dafür verantwortlich wären, wenn er an Hunger sterben sollte. Und dann natürlich seine Eltern, die ihr Kind nicht hergeben möchten. Schließlich wollen sie es noch lange besitzen, um es auch richtig quälen zu können. Und bedenken Sie außerdem, was für ein Mut, was für eine Charakterstärke dazu gehört, auf das Essen zu verzichten! Das könnten Sie nicht und das könnten die anderen nicht. Das kann niemand außer Herrn Z.! Nein, der ist kein kleines Kind, der ist zum ersten Mal in seinem Leben der Größte. (Flüsternd, aber vernehmlich zu **T 1**:) Wissen Sie, was ich noch machen würde an seiner Stelle? Wenn mich die Pfleger wieder füttern wollten, würde ich den eingeflößten Brei im ganzen Bett herumspeien ...“

**Patient:** „Aber das mache ich doch schon ...“

## Literaturhinweise

Adler, A. (1974): Die Technik der Individualpsychologie. Teil 1

De Shazer S. (1989): Wege der erfolgreichen Kurztherapie. Klett-Cotta. Fischer Tachenbuch

Dreikurs, R. (1932): Einige wirksame Faktoren in der Psychotherapie. Internationale Zeitschrift für Individualpsychologie. 10, S. 161-176

Dreikurs, R., Shulman, B. H. & Mosak, H. H. (1984): Multiple Psychotherapy. Alfred Adler Institute

Frankl, V. E. ( 1939): Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychotherapie, 43, S. 26 – 29

Frankl V E ([1959] 1987): Grundriß der Existenzanalyse. In: Logotherapie und Existenzanalyse. Piper, S. 57–184

Frankl, V. E. (1975a): Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Kindler Verlag

Frankl, V. E. (1975b): Theorie und Therapie der Neurosen. Reinhardt Verlag

Neumann, W. und Peters, B. (1996): Als der Zahnarzt Zähne zeigte. Humor, Kreativität und therapeutisches Theater in Psychotherapie, Beratung und Supervision. Dortmund: Verlag Modernes Lernen

Sonnenschmidt, R. & Titze, M. (2016): Paradoxie. Die Spanne zwischen Unsinn und Erleuchtung. HCD-Verlag.

Titze, M. (1979): Lebensziel und Lebensstil. Pfeiffer-Verlag

Titze, M. (1985): Heilkraft des Humors. Herder-Verlag Titze, M. & Eschenröder, C. T. (1998): Therapeutischer Humor. Grundlagen und Anwendungen. Fischer Verlag.