



Psychotherapeutische **Dialoge**

# Für welche Probleme sind Diagnosen eigentlich eine Lösung?

Tom Levold und Hans Lieb  
im Gespräch mit Uwe Britten



Tom Levold/Hans Lieb: Für welche Probleme sind Diagnosen eigentlich eine Lösung?

# Psychotherapeutische **Dia|loge**

Herausgegeben von Uwe Britten

Tom Levold/Hans Lieb

# **Für welche Probleme sind Diagnosen eigentlich eine Lösung?**

Tom Levold und Hans Lieb im Gespräch mit Uwe Britten

Vandenhoeck & Ruprecht

## Mit 2 Abbildungen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-647-45192-3

Weitere Ausgaben und Online-Angebote sind erhältlich unter: [www.v-r.de](http://www.v-r.de)

Umschlagabbildung: [dalinas/shutterstock.com](http://dalinas/shutterstock.com)

Texterfassung: Regina Fischer, Dönges

Korrektur: Edda Hattebier, Münster; Peter Manstein, Bonn

© 2017, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG,

Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen /

Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

[www.v-r.de](http://www.v-r.de)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

## Inhalt

|   |     |
|---|-----|
| <b>Distinktion und Indikation – Benennungen</b> .....                 | 11  |
| Ingwerknolle als Rorschachtest .....                                  | 12  |
| Kommunikation kommunizieren .....                                     | 17  |
| Unterscheiden lernen .....  | 26  |
| <br>  |     |
| <b>Psychische Erkrankungen sind keine Entitäten</b> .....             | 35  |
| Empathie .....  | 36  |
| Medizinisch-naturwissenschaftliche Verengungen<br>wieder öffnen ..... | 44  |
| Standardisierung und Klassifikation .....                             | 52  |
| <br>  |     |
| <b>Sinnhaft sprechen, aber wie?</b> .....                             | 77  |
| Wirkung und Wirkgeschichte von Diagnosen .....                        | 78  |
| Wir können nicht nicht diagnostizieren .....                          | 87  |
| Was der Fall ist .....  | 99  |
| <br>  |     |
| <b>Rituale und Erwartungserwartungen</b> .....                        | 113 |
| Diagnosen dynamisieren .....  | 114 |
| Dialogische Diagnostik .....  | 124 |
| Die Notwendigkeit einer Narration des gelebten Lebens ....            | 135 |
| Der Kontextverweis als Politikum .....                                | 145 |
| <br>  |     |
| <b>Therapeutische Interventionen müssen begründbar sein</b>           | 153 |
| Tooligans .....   | 154 |
| Hintergründe .....  | 165 |
| <br>  |     |
| <b>Ausgewählte Literatur</b> .....                                    | 178 |

Tom Levold/Hans Lieb: Für welche Probleme sind Diagnosen eigentlich eine Lösung?

**K**öln im Juli 2016. Im rechtsrheinischen Heumar treffen sich Tom Levold und Dr. Hans Lieb zu einem Gespräch über die Notwendigkeit und über die Funktionen der Diagnostik bei psychischen Beeinträchtigungen.

Die Diagnostik psychischer Störungen hat in den letzten Jahrzehnten zu immer mehr und immer neuen Diagnosen geführt. Gleichzeitig war dieser Prozess immer auch von Kritik an der Standardisierung durch die International Classification of Diseases (ICD) oder durch das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) begleitet. Zwar stellt eine Diagnose zunächst einmal den Zugang zum Gesundheitswesen sicher, aber ist sie auch eine *sinnvolle* Beschreibung eines psychischen Problems? Ist sie nicht viel zu sehr auf Defizite fokussiert und erschwert damit eher den Zugang zu Lösungsstrategien?

Im Laufe des Therapieprozesses jedenfalls verliert die Diagnose stetig an Bedeutung, immer stärker erkennen Therapeutinnen und Therapeuten den erkrankten Menschen hinter der Diagnoseschablone. Wozu also überhaupt diagnostizieren?



*Tom Levold*, Jahrgang 1953, war viele Jahre in der Jugendhilfe tätig, bevor er 1989 in freier Praxis als Systemischer Therapeut, Supervisor und Organisationsberater zu arbeiten begann.

Im Jahr 1993 war er Gründungsmitglied der Systemischen Gesellschaft und gehörte anschließend zum ersten Vorstand. Er ist Mitherausgeber der Zeitschrift »Kontext«, Autor sowie gemeinsam mit Michael Wirsching Herausgeber des Buches »Systemische Therapie und Beratung – das große Lehrbuch«.

Für Tom Levold ist die Diagnose für den Therapieprozess selbst eine verzichtbare Größe, im Zweifelsfall sogar hinderlich. Er geht lieber von der eigenen Problembeschreibung des Klienten aus und von dessen Lösungsideen. Alles, was für eine erfolgreiche Psychotherapie wichtig sei, werde von standardisierten Diagnosen nicht abgebildet, kritisiert er. Diese Art der Diagnostik verschwende dadurch Ressourcen und sei für die Klient-Therapeut-Interaktion zudem auch noch wenig hilfreich.



*Dr. Hans Lieb*, ebenfalls Jahrgang 1953, ist sowohl systemischer Psychotherapeut als auch Verhaltenstherapeut – eine Brücke zwischen beiden Schulen versuchte er auch mit dem Buch »So hab ich das noch nie gesehen. Systemische Therapie für Verhaltenstherapeuten« zu schlagen. Nach vielen Jahren der Tätigkeit in Sucht- und psychosomatischen Kliniken arbeitet er heute in eigener Praxis, auch als Paar- und Familientherapeut. Er ist zudem Supervisor, Lehrtherapeut und Dozent an etlichen systemischen und verhaltenstherapeutischen Instituten.

Mit seinem Buch »Störungsspezifische Systemtherapie« begründete er 2014 die von ihm zusammen mit Wilhelm Rotthaus herausgegebene Buchreihe »Störungen systemisch behandeln«, womit er für eine differenzierte und explizit systemische Positionierung zu klassischen Diagnosen eintritt, die aus einem unfruchtbaren Pro und Kontra herausführt. Für ihn müssen Diagnosen und deren Verwendungskontexte systemtheoretisch erfasst werden, um sie sowohl zu nutzen wie auf kritischer Distanz zu ihnen zu bleiben.

Tom Levold/Hans Lieb: Für welche Probleme sind Diagnosen eigentlich eine Lösung?

# DISTINKTION UND INDIKATION – BENENNUNGEN

*»Ich fühle mich so zweiundvierzig.«*

Klientin von Hans Lieb

## Ingwerknolle als Rorschachtest

*Herr Levold, was sehen Sie hier in meiner Hand?*

LEVOLD Eine Ingwerknolle.

*Herr Lieb, was sehen Sie?*

LIEB Eine Ingwerknolle mit zwei Teilen.

LEVOLD Ja, es sieht ein bisschen aus wie eine Stimmgabel. Man könnte wirklich alle möglichen Formen hineinlesen. Das öffnet Raum für Assoziationen.

LIEB Ein Grundkörper und zwei davon abgehende eigene Körperteile.

*Ja. Sie haben nun beide nicht von einem Wurzelmännchen gesprochen, von einer »Alraune«, auch nicht von einem Rhizom, einem gestaltlosen Wurzelgebilde. Warum nicht?*

LEVOLD Wenn ich Biologe wäre, hätte ich es vielleicht getan, aber die Frage war: »Was sehen Sie?«, und ich habe versucht, das in Worte zu fassen, was ich optisch wahrgenommen habe. Erst mal habe ich eine Ingwerknolle erkannt, vermutlich weil ich selbst koche und damit umgehe, deshalb habe ich nicht auf die Struktur oder die biologische Einordnung geachtet.

LIEB Und ich habe mich nicht herausgefordert gefühlt, ein bereits vorhandenes Konzept oder sogar Wissen über irgendwelche Gegenstände anzuwenden und den Gegenstand einzuordnen, sondern ich habe gesagt, was ich sehe.

*Wäre es Ihnen als Systemiker unangenehm gewesen, ganz naiv und anthropomorph eine Alraune darin zu sehen?*

LIEB Nein, es wäre mir nicht unangenehm gewesen, es wäre eine interessante andere Perspektive. Ich habe jetzt soeben sogar gedacht, ob ich einen Rorschachtest daraus machen sollte, damit man etwas hineinprojizieren kann.

*Interessant ist aber, Herr Levold, dass Ihre erste Antwort ein Name war. Sie haben den Gegenstand sofort mit einem Namen belegt. Im therapeutischen Prozess wollen Sie immer sehr offen sein. Sie wollen relativ wenig benennen und wollen zusammen mit dem Klienten sprachlich erst herausfinden und erfinden, worum es bei dem Problem des Klienten geht.*

LEVOLD Ja, also selbst nichts begrifflich festlegen.

*Trotzdem haben Sie sofort »Ingwer« geantwortet. Sie hätten mit ganz vielen Bezeichnungen und Beschreibungen darauf antworten können, aber Sie haben sich spontan sofort für einen Namen entschieden.*

LIEB Aber ich finde, daran sind Sie »schuld«, weil Sie in meinen Augen sinngemäß gefragt haben: »Was ist das?« Wenn ich das einmal auf Therapiekonzepte übertrage, wäre es so, wie wenn ein Klient käme und etwas erzählt und mich fragt: »Was habe ich?« Dann kann ich nur entscheiden, ob ich das beantworte oder nicht. Im therapeutischen Kontext hätte ich gefragt, was Sie selbst sehen, bevor Sie von uns wissen wollen, was wir darin sehen.

LEVOLD Hier liegt aber vor allem der Unterschied vor, dass Sie uns einen Gegenstand gezeigt haben. Wenn Sie mich in der Therapie gefragt hätten, was ich sehe, würde ich gesagt haben: »Ich sehe einen Menschen, der vor mir sitzt und mit dem ich ein Gespräch führe.«

*Was ist der Unterschied zwischen der Wurzelknolle und dem Klienten, den Sie vor sich haben und der von einer psychischen Beeinträchtigung erzählt?*

LEVOLD Die Wurzelknolle ist für mich erst einmal, naiv ausgedrückt, ein Gegenstand, der in der Natur vorkommt, mit dem ich selbst zu tun habe und den ich für mich einordnen kann. Ein Klient ist aber jemand, der vor mir sitzt und der eine Geschichte erlebt hat und mir davon erzählen möchte, eine Geschichte also, die ich noch nicht kenne. Das heißt, ich habe erst einmal mit einer anderen Art von Gegenständen zu tun, als sie durch eine Ingwerknolle repräsentiert ist. Um meine Aufmerksamkeit einem immateriellen Gegenstand zu widmen, brauche ich eine möglichst große Öffnung in alle möglichen Richtungen, in die sich eine solche Geschichte entwickeln kann. Wenn ich aber schon sofort Vorabkategorien anwende oder nach ihnen suche, dann enge ich dieses Aufmerksamkeitsfeld auf eine Weise ein, die womöglich der Geschichte des Klienten nicht mehr gerecht wird.

LIEB Nehmen wir die gezeigte Knolle mal als Metapher für »etwas«, dann würde ich es so beschreiben: Wenn in der Therapie der Patient sagen würde, er habe etwas, und zeigt mir einen Abszess auf der Haut und fragt mich dabei, was das sei, dann sehen wir beide auf denselben Gegenstand. In der Sprache der Systemtheorie könnte ich sagen: Er zeigt mir ein Land, und dann kann man fragen, was eine geeignete Landkarte dafür ist. Ich glaube, der entscheidende Unterschied zur Psychotherapie ist, dass das, worauf der Therapeut blicken soll, in der Regel nicht gezeigt werden kann, sondern erzählt werden muss. Bei der Ingwerknolle sehen wir alle etwas und können uns einigen oder eben auch nicht, wie wir das nennen wollen. In der Therapie ist das, worauf gezeigt wird, immer etwas, worüber der Patient erzählt. Insofern muss ich selbst erst sowohl kennenlernen, was er meint, als auch, wie er es selbst bezeichnet.

*Herr Levold, wenn nur Sie die Wurzel gesehen hätten und Sie müssten Herrn Lieb den Gegenstand beschreiben, würden Sie »Ingwer« sagen oder würden Sie etwas anderes sagen?*

LEVOLD Zunächst würde ich es mit »Ingwer« versuchen, weil es sein könnte, dass Ingwer in seiner Lebenswelt auch schon vorgekommen ist, dass wir also auf einen gleichen Gegenstand rekurren. Interessant wird es, wenn ich davon ausgehen muss, dass er nicht weiß, was eine Ingwerknolle ist, und ich sie dann beschreiben müsste anhand ihrer Form, anhand der taktilen Eindrücke, die sie bei mir auf der Haut und in der Hand hinterlässt, anhand des Geruchs oder wie auch immer. Ich müsste mich bemühen, eine Beschreibung anzufertigen, mit der er etwas anfangen kann. Es gibt viele Experimente, die deutlich machen, dass genau das eine extreme Schwierigkeit ist, weil wir dann eine innere Wahrnehmung in irgendeiner Weise verwörtern müssen, die womöglich dazu führt, dass eben nicht erkannt werden kann, worum es eigentlich geht.

*Wir haben keine zwei Gehirne, die sich neuronal unmittelbar miteinander austauschen können, das heißt, wir müssen immer über Zeichensysteme gehen, wir müssen immer versprachlichen und kommen darum nicht herum. Die Frage ist, wie man es macht.*

LEVOLD Ja, und was dabei vorausgesetzt werden kann an Vorrat zum Beispiel von Wörtern, von Bedeutungen und so weiter, weil wir uns natürlich überhaupt nur austauschen können, wenn wir auf einen gemeinsamen kulturellen, sprachlich formatierten Vorrat zurückgreifen können.

LIEB Und mit der Sprache entsteht sofort der Sprachraum, die Interaktion, die Kommunikation. Wenn Tom Levold mir etwas von der Ingwerknolle erzählt, dann hat ein Gespräch ja noch gar nicht begonnen, das ist noch gar keine Kommunikation, sondern er gibt lediglich etwas von sich. Kommunikation entsteht dann, wenn ich mir erstens irgendetwas denke, also zum Beispiel: Was will der mir jetzt sagen, will er mich testen, ob ich auch Ingwer kenne, oder will er mir sonst irgendetwas mitteilen? Und ich muss das zweitens wieder in die Interaktion einspei-

sen: Tom etwas fragen, etwas sagen – mit Worten, Blicken oder Gesten. In dem Moment beginnt eine Interaktion zwischen uns. Was am Ende dabei herauskommt, kann niemand vorhersagen. Vielleicht erfahre ich etwas Interessantes über Ingwer oder wir landen bei etwas, was keiner voraussagen kann. Was daraus entsteht, das ist eine eigene Welt.

## Kommunikation kommunizieren

*Sie als Systemiker haben beide eine gewisse Distanz zur Sprache und wollen stets raus aus den sprachlichen Schablonen, also auch Sprache reflektieren. Heißt das eigentlich auch, permanent Metakommunikation zu betreiben im Therapieprozess?*

LEVOLD Nein. Das heißt nur, immer zu beobachten, was in Sprache passiert. Metakommunikation würde ja bedeuten, dass ich selbst meine Beobachtung laufend in die Interaktion einbringe. Das ist aber nur für den Bereich problematischer Interaktionen wichtig. Wenn wir merken, wir haben eine Störung im Gespräch oder wir geraten in einen Konflikt oder haben das Gefühl eines mangelnden Verständnisses, dann ist Metakommunikation hilfreich.

Wir wissen ja zum Beispiel aus der Untersuchung von Paarbeziehungen, dass, je besser die Beziehung ist, desto weniger Metakommunikation stattfindet, während chronisch strittige Paare eigentlich hauptsächlich im Metakommunikationsmodus feststecken – John Gottman hat dazu geschrieben. Metakommunikation ist eine Möglichkeit, eigene Beobachtungen der Kommunikation selbst zum Gegenstand von Kommunikation zu machen. Das muss man gleichwohl mit Vorsicht benutzen, denn sonst kann Kommunikation schnell auch wieder zerstört werden. Dennoch versuchen wir als Systemiker immer, das, was kommuniziert wird, daraufhin zu beobachten, welche Bedeutung eine Kommunikation über den semantischen Aspekt des Mitgeteilten hinaus hat: Warum wird dieses ausgewählt und nicht jenes; was würde passieren, wenn wir eine andere Selektion vornehmen würden; was ändert sich, wenn das auf eine andere Art und Weise mitgeteilt würde als auf die, die wir gerade hören; was bedeutet das darauf bezogen, was jeweils vom anderen Kommunikationsteilnehmer verstanden wird?

*Teilen Sie das, Herr Lieb?*

LIEB Ja, völlig. Wir müssen zudem sehen, dass es auch bei der sogenannten Metakognition kein »Raus aus Sprache« gibt und geben kann. Das zu glauben wäre ein sinnloses Unterfangen, denn man kann nicht raus aus der Sprache. Was man machen kann, ist, die Sprache zu beobachten, und das ist zuerst ein psychisches Ereignis: Wenn ich das, was wir gerade besprechen, beobachte, dann tue ich das mit meiner Psyche. Was ich innerlich daraus mache, kann ich in Sprache bringen. Eine Metakommunikation ist ja in der Regel ein Versuch, das Unwohlsein einer Psyche in einer Beziehung, zum Beispiel in einer Partnerschaft, dadurch zu beseitigen, dass man in einen Metadialog eintritt. »Metadialoge« haben in diesem Kontext das Ziel, dass sich eine oder beide Psychen wieder besser fühlen. Leider kommt aber oft das Gegenteil dabei heraus.

*Es kommt das Gegenteil dabei heraus. Im therapeutischen Prozess mit dem Klienten haben Sie aber doch jene problematischen Situationen, in denen Sie auch mal auf die andere Ebene wechseln müssen.*

LEVOLD Ja, das ist auch ein ganz wichtiger Punkt. Mit dem Paar-Beispiel habe ich mich auf Spontaninteraktion bezogen. Therapeutische Interaktion nutzt Metakommunikation auf eine sehr spezifische Art und Weise, indem wir zum Beispiel das, was gerade im Gespräch passiert, selbst interessant finden oder versuchen, dies auch dem Klienten als etwas Interessantes nahezu bringen, indem ich vielleicht aufgreife, was im Augenblick zwischen uns passiert – das kann ja sehr spannend sein.

Nehmen wir das Beispiel, dass ein Klient lächelt, obwohl er eigentlich etwas erzählt, was sehr bedrückend ist oder Angst auslöst. Dann ist Metakommunikation eine Form, um das, was gerade im therapeutischen Prozess passiert, in irgendeiner Weise in Kommunikation zu bringen. Das erfordert eine kon-

stante Beobachtung seitens des Therapeuten, bei der er erkennen muss – und das ist für Systemiker ziemlich wichtig –, dass es Beobachtungen erster und zweiter Ordnung gibt. Beobachtung erster Ordnung bedeutet, dass ich einen Klienten sehe, der weint; Beobachtung zweiter Ordnung meint, das, was ich beobachte und wahrnehme, wiederum auf seine Bedeutung zu überprüfen. Man muss immer auf unterschiedlichen Kanälen gleichzeitig die Situation versuchen zu erfassen, ohne dass wir das immer schon sofort kommunikativ benutzen. Das ist eine innere Beobachtungsleistung, um eben den Raum offenzulassen und nicht irgendetwas festzuschreiben oder den Klienten auf etwas festzulegen.

LIEB Ich kenne die Geschichte des Begriffs »Metakommunikation« jetzt nicht, aber ich würde mal unterstellen, dass der Begriff trotz allem Nutzen dann auch eine problematische Komponente hat, wenn er die Idee suggeriert, man könne aus der Kommunikation aussteigen, wenn man »über« Kommunikation redet. Das ist aber eine Illusion. Diese Illusion hat manchmal gute Folgen, erzeugt manchmal aber eben auch jene Probleme oder Machtlosigkeitsempfindungen, denen man damit eigentlich entkommen wollte. Man merkt dann, dass man auch mit der Metakommunikation nicht aus der Kommunikation mit all ihren Fallen und Problemen herauskommt. Ich weiß von mir, dass ich an Metakommunikationen schon mehr gelitten habe als an Kommunikationen.

*Sie haben gerade gesagt: Wenn Sie beobachten, also auch Sprache beobachten, dann sei das ein psychischer Prozess. Denken Sie in Sprache?*

LIEB Ich kann diese Frage gar nicht richtig beantworten. Ich vermute: ja und nein. Ich glaube, es gibt innerlich Vorgänge, zu denen gehören eine Wahrnehmung *und* eine Bezeichnung des Wahrgenommenen. Eine Bezeichnung hat schon sehr viel mit Sprache zu tun, weil sie ja aus dem sozialen Sprachraum stammt.

Bevor aber die Sprache einsetzt, gibt es interpsychische Wahrnehmungen und wohl auch Symbolisierungen dafür, die nicht in Worten fassbar sind. Spätestens allerdings, wenn ich davon irgendjemandem etwas mitteilen möchte, kann ich nicht anders, als es in Sprache zu übersetzen, wie unbeholfen auch immer.

*Was ist dieses vorsprachliche Symbolisieren genau? Wie würden Sie das denken?*

LIEB Für die Psychoanalyse ist das ein wichtiger Begriff. Auch für die Systemtherapie ist er wichtig. Bei der Psychoanalyse, soweit ich sie verstanden habe, beginnt die Symbolisierung damit, dass körperlich erfahrene Zustände – meistens beginnt es in diesem Strang der Psychoanalyse ja mit einem Trieb – in kognitive oder anderweitige Symbolisierungen übersetzt, nein, nicht in sie »übersetzt«, sondern damit *markiert* werden. Die Fähigkeit, am sozialen Leben teilzuhaben und auch mit sich selbst anders umzugehen, als wir es noch als Kleinkind getan haben, beginnt damit, Wahrnehmungen und Körperwahrnehmungen – die Analytiker sprechen von Trieben – in Begriffe und in Worte zu fassen, wobei es sicher vorsprachliche Symbolisierungen gibt wie diffuse Bilder von der nährenden Brust oder von der Dunkelheit.

Vielleicht darf ich hier kurz ausschweifen: Für mich ist es in der Therapie ein wichtiger Punkt, nicht in die Falle einer typischen therapeutischen Routine zu tappen. Es wird oft so getan, als würde der Therapeut den Klientinnen und Klienten helfen, das, was sie fühlen, zu verbalisieren, also der Therapeut sagt zum Klienten: »Sie fühlen sich so und so«, und dazu werden dann bezeichnende Begriffe verwendet. Das halte ich für ein kritisches Unterfangen, weil dann der Therapeut das Wort für das vorgibt, was der Klient fühlt oder in sich erlebt. Ich hatte einmal in einer Gruppe den Vorgang, dass eine Frau umschrieb, wie es ihr mit ihrem Vater und ihren beiden Eltern ging. Wie

sie sich *fühlte*, konnte sie aber nicht so recht benennen. Sofort haben alle begonnen, ihr Worte dafür anzubieten, aber die Frau lehnte einen Begriff nach dem anderen ab. Schließlich kam ich auf die Idee, sie aufzufordern, mal ein ganz eigenes Wort zu wählen, so kam sie am Ende zu der Aussage: »Ich fühle mich so zweiundvierzig.« Vielleicht nannte sie vorher auch eine andere Zahl, aber im Verlauf des Gesprächs nutzte sie und nutzen wir dann diese Sprachfigur aus dem Roman »Per Anhalter durch die Galaxis« von Douglas Adams. Und das war großartig. Von da ab haben wir, wenn es im Gruppengespräch wieder um ihr Thema ging, gesagt: »Also, wenn du dein Zweiundvierzig hast, was tust du dann?« oder Ähnliches.

Geben wir da sprachlich zu viel Konventionelles vor, kann es sein, dass der Psyche Worte vorgegeben werden, wie die Klientinnen und Klienten ihre eigenen Zustände zu beschreiben haben. Und weil dann ja Begriffe verwendet werden, die in der Sprachgemeinschaft vordefiniert sind, wird so auch der Klient mit seinem Erleben »sozialisiert«. Das kann im Einzelfall ausgesprochen hilfreich sein. Darauf könnten wir aber auch bewusst verzichten – oder zumindest abklären, ob der Klient eine solche Sozialisierungshilfe will.

LEVOLD Wenn ich noch mal einen Schritt zurückgehen darf, dann würde ich zuerst von »Zeichen« sprechen. Die gesamte Semiotik, also Zeichenlehre, halte ich für einen sehr interessanten Bereich, weil sie eine mögliche Brücke darstellt zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Systemen. Lebende Systeme sind immer Systeme, die auf Zeichen reagieren. Symbole wären schon etwas Komplexeres, weil ein Symbol immer eine vielschichtige Repräsentanz ist für etwas anderes, aber einfache Zeichen sind zunächst Aspekte der »Merkwelt«, wie Jakob Johann von Uexküll postulierte. Aus diesen Zeichen beziehungsweise »Merkmalen«, die alle Organismen aus den von außen einströmenden, ungeordneten Reizen der Umwelt über ihre Sinnesorgane selektieren, wird eine spezifische Wirklichkeit, die

Merkwelt, konstruiert. Diese wird auf eine spezifische Wirkwelt abgestimmt, die wiederum Ausdruck unserer motorischen und technischen Möglichkeiten ist. Die Konstruktion von Wirklichkeit aus einer Umwelt heraus, die als solche von uns nicht erfahrbar ist, und unsere Reaktion auf diese Wirklichkeitserfahrung sind also noch gar nicht an Bewusstsein gebunden, symbolische Kommunikation allerdings sehr wohl.

Mein kleiner Enkel, der ist jetzt zehn Monate alt, kommuniziert intensiv, aber er kann noch gar nicht sprechen. Er versteht jetzt langsam bestimmte Wörter, aber er versteht natürlich keine komplexen sprachlichen Aussagen. Er kommuniziert auf allen möglichen Kanälen, und der Affektausdruck ist dabei auch ein Zeichen, ist immer Information über innere oder äußere Ereignisse. Affekte sind zudem gleichzeitig Moderatoren von körperlichen Impulsen zum Beispiel, die wahrgenommen werden und auf die auch reagiert wird. Alles, was bei uns an körperlichen Signalen, etwa Trieben, auftaucht, wird ja nicht unmittelbar in Handlung umgesetzt, sondern wird immer durch Affekte moderiert, also etwa verstärkt oder abgemildert.

Bei der Frage also, wie wir eigentlich etwas in Sprache bringen, geht es immer darum, wie überhaupt Erfahrung in Sprache eingehen kann. Das gilt auch für die Erfahrung problematischer Episoden. Wir müssen hier immer unterscheiden zwischen *Problemerleben* und *Problemerzählen*. Was wir als Therapeuten hören, ist immer eine Problemerkählung, und die ändert sich im Laufe eines gut gelingenden Therapieprozesses. Man weiß nicht zuletzt aus der Forschung, dass die Art und Weise, wie über Probleme gesprochen wird, am Ende einer Therapie, sofern sie gut gelaufen ist, eine andere ist als am Anfang.

So wie unser Erleben einen Rahmen schafft, der beeinflusst, was und auf welche Weise etwas erzählt werden kann, etwa als Leidensgeschichte, so führt auch eine besondere Art des Sprechens über das Leiden im guten Fall dazu, dass sich das Erleben selbst ändert und dass Dinge eine andere Bedeutung bekommen.

Das ist aber selbstverständlich keine Eins-zu-eins-Entsprechung von Erleben und Versprachlichung. Wir lösen aber im Erleben etwas aus, indem wir anfangen, auf eine andere Art und Weise darüber zu sprechen, als der Klient es in seiner sprachlichen Welt gewohnt ist. Deshalb ist es so wichtig, eben nicht schon mit eigenen vorformatierten Begrifflichkeiten oder Konzepten heranzugehen, weil das letztlich die Möglichkeiten der Klienten, für sich ein neues, passenderes Narrativ zu entwickeln, einschränkt oder schlimmstenfalls sogar zunichtemacht.

*Das heißt, Sprache ist für die Prozesse, die innerlich ablaufen, immer auch suboptimal.*

LIEB Ja und nein. Nein, weil die Alternative irgendetwas Optimales wäre – und das gibt es nicht. Was sollte das auch sein? Die inneren Prozesse laufen ohnehin ab. In der menschlichen Kultur kommt dann Sprache immer dazu. Sprache ist schlicht unausweichlich. Sie beziehungsweise Kommunikation ereignet sich aber zunächst in einem anderen System als in der Psyche – auch wenn diese dann Sprachfiguren zur Organisation ihres eigenen Geschehens verwendet und man vielleicht innerlich sprechend denkt.

Mir kommt in den Sinn, dass die differenztheoretische konstruktivistische Theorie eine Unterscheidung macht zwischen Distinktion und Indikation. Distinktion ist, dass ich etwas wahrnehme, indem ich es von etwas anderem unterscheide – zum Beispiel A von B oder A von allem anderen in der Welt. Ohne Unterscheidung keine Wahrnehmung. Der Prozess der Bezeichnung oder der Indikation, bei dem ich dem Wahrgenommenen ein Zeichen gebe, kommt aber *sofort* dazu. »Suboptimal« kann es in dem Sinne sein, dass ich aufgrund bestimmter Sozialisations- und Umgebungsbedingungen einen bestimmten Zustand in mir nicht für mich passend zu bezeichnen weiß oder dass ich merke, dass andere mit meiner Bezeichnung nichts anfangen

können oder es ganz anders auslegen und mir andere Bezeichnungen einreden wollen. »Suboptimal« würde dann bedeuten, dass verwendete Bezeichnungen jemanden ungut festlegen oder dass verwendete Bezeichnungen ihm keine Optionen eröffnen.

Ein konkretes Beispiel: Ich empfinde etwas und mir wird mitgeteilt, dass das Ärger sei. »Du bist jetzt wütend.« In der Folge übernehme ich das Wort, und dann kann es vielleicht für die Kommunikation optimal sein, weil sich jetzt alle sprachlich geeinigt haben und sich darüber weiter verständigen können. Ich selbst weiß jetzt immerhin, wie ich das, was ich innerlich erlebe, zu nennen habe. Aber für mich kann es trotzdem suboptimal sein, weil in meinem Innenleben noch etwas steckt, das sprachlich mit dem Wort »Wut« einfach nicht erfasst wird.

Das bedeutet, dass man in einem therapeutischen Gespräch immer auch dazu beiträgt, dass und wie jemand seine Aufmerksamkeit nach innen richtet. Es gehört zur Rollenverteilung in der Therapie, dass der Klient dem Therapeuten von seinem Innenleben erzählt beziehungsweise der Therapeut danach fragt und den Klienten dann in seiner diesbezüglichen Aufmerksamkeit steuert.

Therapeuten können Worte für das anbieten, was Klienten von sich berichten. Sie können die Aufmerksamkeit des Klienten gezielt steuern und beim Klienten Innen- und Selbstbeobachtungen anregen. Sie können das aber auch übersteuern, wenn sie dabei zu viel reden. Manchmal ist es wohl besser, wenn sie aufmerksam schweigen und den Klienten bei seinen Innenbeobachtungen nicht stören.

LEVOLD Jetzt kommen wir in den Bereich, in dem es um die Frage von Kategorisierung und Kategorienbildung geht. Daniel Stern, der Psychoanalytiker und Entwicklungspsychologe, der im Laufe seiner Forschung übrigens immer systemischer geworden ist, hat in »Die Lebenserfahrung des Säuglings« sehr schön beschrieben, wie das Erleben und die Kommunikation mit einem Baby auf einer analogen Ebene ablaufen. Die Regulation der körperlichen Grundbedürfnisse und der damit ein-

hergehenden Spannungen, die begleitenden Affekte, die körperlichen und mimischen Interaktionen vollziehen sich immer in einem analogen Kontinuum von mehr oder weniger, stärker oder schwächer, intensiver oder zurückgenommener.

In dem Moment allerdings, in dem Sprache hinzukommt, tritt neben diese analoge Ebene eine Art Digitalisierung der eigenen Wahrnehmung. Das heißt, die Wahrnehmung wird plötzlich durch sprachliche Bezeichnungen in Kategorien gepresst, die die Wirklichkeit in gewisser Weise zerschneiden. Plötzlich ist etwas dieses und nicht jenes. Das ist auf der einen Seite eine unglaubliche Öffnung für das Kind, weil es plötzlich merkt, es kann auf eine Weise an der Welt der Erwachsenen partizipieren, die vorher nicht möglich war; auf der anderen Seite ist es aber auch eine Begrenzung. Deswegen ist die Phase des Spracherwerbs für viele kleine Kinder auch erst einmal eine Krisensituation, weil sie damit konfrontiert sind, dass sie in eine komplexe Welt eintreten, für die sie zunächst keine ausreichenden Begriffe haben. Wenn sie anfangs nur wenige Kategorien wie Mama, Ball oder Wauwau zur Verfügung haben, merken sie, wie wenig sie damit ausrichten können. Gleichzeitig geht mit zunehmender Umstellung der Kommunikation auf Sprache verloren, was vorher da war, nämlich einfach durch Gesten, durch Mimik und so weiter Kommunikation und Bedürfnisbefriedigung regulieren zu können.

Das ist deshalb ein ganz entscheidender Punkt, weil an dieser Stelle plötzlich Kultur und das, was sprachlich an Kategorien im Angebot ist, ins Spiel kommen, und das ist immer sehr stark abhängig davon, in welcher Kultur, in welchem Milieu, in welcher Familie, in welcher Beziehung man groß wird und welche Bezeichnungen mir für das, was ich an mir erlebe, zur Verfügung gestellt werden. In Therapien sehen wir häufig Klienten, die eine bestimmte Sprache benutzen oder sprachliche Kategorien zur Verfügung haben, die womöglich genau das, was sie tatsächlich erleben oder erleiden, nicht wirklich abbilden können.