

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	1
	Literatur .....	4
<b>2</b>	<b>Was ist eine Geschichte?</b> .....	7
	Literatur .....	13
<b>3</b>	<b>Die Räume der Lösungsgeschichte: ein erster Überblick</b> .....	15
<b>4</b>	<b>Das Paradies als Anfang und Ende der Reise</b> .....	19
4.1	Die Suche nach dem Paradies .....	19
4.2	Paradies-Illusionen .....	23
4.3	Der anthropologische Ort als erlebbares Paradies .....	29
4.4	Der Verlust des Paradieses .....	33
4.4.1	Der Aufbruch aus Verlangen .....	34
4.4.2	Der Aufbruch aus Notwendigkeit .....	36
	Literatur .....	42
<b>5</b>	<b>Was kommt nach dem Paradies?</b> .....	45
5.1	Die erste Begegnung mit der Rätselzone .....	45
5.2	Die Diaspora: ein Schutzraum in der Fremde .....	49
5.3	Das Provisorium: Wenn Schutz noch nicht möglich ist .....	57
	Literatur .....	66
<b>6</b>	<b>Über das Leben in der Diaspora: Bleiben oder Gehen?</b> .....	67
	Literatur .....	78
<b>7</b>	<b>Lösungsmodelle</b> .....	79
7.1	Das Konsistenzprinzip .....	79
7.2	Das Aufgehen im Gegenraum .....	85
7.3	Die Meta-Tilgung .....	93
7.4	Der dritte Ort .....	97
7.5	Das Hin und Her .....	101
	Literatur .....	107

<b>8</b>	<b>Gibt es eine Lösung ohne Transformation?</b> .....	109
8.1	Die Kampf-Lösung .....	109
8.2	Die Abkürzung .....	117
8.3	Wachstum statt Transformation .....	123
	Literatur. ....	128
<b>9</b>	<b>Chemische Lösungen</b> .....	129
	Literatur. ....	133
<b>10</b>	<b>Einige Bemerkungen zur Kreativität</b> .....	135
	Literatur. ....	142
<b>11</b>	<b>Lösungsvoraussetzungen oder wie man aus der Diaspora entkommt</b> .....	143
11.1	Die Semantisierung und Erkundung des Außenraums .....	143
11.2	Mit dem Außen reden .....	146
11.3	Der Blick zurück .....	154
11.4	Gestärkt aufbrechen .....	160
	Literatur. ....	164
<b>12</b>	<b>Plot Points: die entscheidenden Wendepunkte</b> .....	167
	Literatur. ....	181
<b>13</b>	<b>Die therapeutische Aufgabe</b> .....	183
13.1	Der Therapeut als Reiseführer in unbekanntem Gelände .....	183
13.2	Eine Aufbruchsstimmung herstellen .....	184
13.3	Wann hat Stabilisierung Vorrang? .....	186
13.4	Wo steht der Patient? .....	187
13.5	Das Thema der Geschichte erfassen .....	189
13.6	Den Ausgang der Geschichte offen lassen .....	191
13.7	Anfang und Ende einer Geschichte erkennen .....	192
	Literatur. ....	194
<b>14</b>	<b>Raumdiagnostik: Eine kurze Zusammenfassung</b> .....	195
14.1	Die einzelnen Stationen: Charakterisierung und therapeutischer Fokus .....	195
14.2	Leitmotive .....	198
14.3	Wie Patienten ihre Station beschreiben .....	199

Als junger Psychiater war ich fasziniert von Diagnose-Schemata, erlaubten sie mir doch, in der verwirrenden Vielfalt von z. T. bedrohlichen Eindrücken aus dem klinischen Alltag eine Ordnung zu erkennen. Ich sah nicht mehr nur einen Menschen vor mir, der aus unerklärlichen Gründen Angst hatte, Stimmen hörte oder seltsam bizarre Bewegungen vollführte, sondern z. B. „einen Patienten mit einer katatonen Schizophrenie“. Ich erinnere mich noch gut an eine Chefarztvisite, bei der ich den damaligen Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik in München, Prof. Hippus, als junger Assistenzarzt begleitete und ihm stolz die Neuzugänge auf Station mit ihren Diagnosen vorstellte. Am Ende der Visite überraschte er mich mit dem Satz: „Als junger Psychiater interessieren Sie sich für Diagnosen, aber je älter Sie werden, desto interessanter werden die Verläufe.“

Nun, er hatte Recht behalten: Zunächst habe ich mich noch viele Jahre für Diagnosen und andere Strukturmerkmale von psychischen Krankheiten interessiert und dabei mein Instrumentarium verfeinert. Insbesondere der Zugang zur Kunsttherapie hat es mir ermöglicht, die inneren Strukturen und Konflikte meiner Patienten auch plastisch in ihren spontan gemalten Bildern zu studieren und dabei eigene Kategorien zu entdecken (Mayer 2008, 2010). Letztlich waren es aber auch die Bilder und Zeichnungen meiner Patienten, die mich schließlich auf die Bedeutung der Verläufe aufmerksam werden ließen: Wenn Patienten in meiner psychotherapeutischen Praxis zu verschiedenen Zeitpunkten während ihres Krankheits- und Gesundungsprozesses Bilder malen, dann lassen sich diese nämlich wie eine Geschichte lesen, eben wie eine Krankheits- oder „Gesundungsgeschichte“. Dabei taucht regelmäßig ein typischer Verlauf mit bis zu sechs verschiedenen Stationen auf, die alle Patienten mehr oder weniger deutlich auf dem Weg zur Problemlösung durchlaufen. Es scheint also eine Art „Allgemeine Lösungsgeschichte“ zu geben, die sich unabhängig von der Art des Problems, der Diagnose oder der Persönlichkeit eines bestimmten Patienten identifizieren lässt.

Um die aktuelle „Station“ eines Patienten in dieser Lösungsgeschichte zu erkennen, lohnt es sich zusätzlich, neben den Bildern auf die Metaphern zu hören, mit denen er seine aktuelle Situation beschreibt. Er fühlt sich beispielsweise „in einem Gefängnis gefangen“, hat „die Orientierung verloren“, erlebt sich „wie im freien Fall“ oder hat einfach nur das Gefühl, dass „es nicht weitergeht“. All diese Beschreibungen sind jeweils typisch für ein bestimmtes Stadium der Problemlösung.

Auf jeder Station lauern bestimmte typische Gefahren, ergeben sich aber auch ganz bestimmte Möglichkeiten zur Lösung, die ich in diesem Buch auf unkonventionelle Art genauer untersuchen will. Unkonventionell deshalb, weil ich mich auf der Suche nach Modellen für eine „Allgemeine Lösungsgeschichte“ auch der Geschichten aus der Literatur und dem Film bediene. Viele erdachte Storys spiegeln ebenfalls die Stationen wider, die meine Patienten typischerweise durchlaufen.

Das vorliegende Buch beschreibt demnach einen neuen Zugang zu Patientengeschichten. Im Zentrum steht die Frage, wie Lösungen in der Therapie und im Leben zustande kommen und welche Stationen Patienten bis dorthin durchlaufen. Wie sich immer wieder zeigt, gleichen diese Stationen metaphorischen Räumen, die man sich in ihrer Gesamtheit als „Landkarte“ vorstellen und sich entsprechend darin orientieren kann.

Auf dieser Landkarte finden wir regelmäßig als Station einen idealen Ort, ein „**Paradies**“, aus dem der Patient aus ganz bestimmten Gründen vertrieben worden ist. Er findet sich dann in einer weiteren Station wieder, der „**Rätselzone**“, die er als bedrohlich, fremdartig und in einer Art verwirrend erlebt, dass er sich ratlos und nicht selten wie in einem Traum erlebt. Der Patient glaubt häufig, sich davor schützen zu können, indem er angestrengt ein „**Provisorium**“ aufrechterhält, bevor er in einer nächsten Station, der „**Diaspora**“, einen Ort mit sicheren Grenzen zum Rückzug sucht. Weil dieser Schutzraum aber auf die Dauer mehr und mehr zu einem Gefängnis wird und damit auch die Rückkehr in die Heimat verhindert, muss der Patient irgendwann von dort einen „**zweiten Aufbruch in die Rätselzone**“ wagen. Er tut dies aber nun gestärkt, entschlossen und mit neuen kreativen Ideen, die ihm helfen, in der fremden Zone zu bestehen. So gelangt er schließlich in ein „**modifiziertes Paradies**“ oder an einen „**dritten Ort**“. Das ursprüngliche Problem ist damit gelöst.

Beschäftigt man sich länger mit dieser Art der Prozess-Beobachtung, dann scheinen einem die einzelnen Stationen so evident, dass man sich wundern muss, warum sie nicht schon bisher in die Therapieplanung einbezogen wurden. Ich denke, es liegt daran, dass sich Therapeuten meist viel zu sehr an Diagnosen orientieren und dann ihre jeweiligen Interventionen an diesen abstrakten Kategorien ausrichten. Diese diagnosen- bzw. störungsspezifische Betrachtungsweise möchte ich durch ein phasenspezifisches Prozess-Modell ersetzen, in dem es einen erheblichen Unterschied macht, ob (und warum) jemand aus dem Paradies vertrieben worden ist, ob er sich noch im Provisorium mit kurzfristig wirksamen Strategien abmüht, ob er sich schon in eine Diaspora gerettet hat oder kurz vor dem Aufbruch daraus steht – und zwar unabhängig von seiner jeweiligen Diagnose.

Warum verweise ich im Laufe des Buches immer wieder auf Beispiele aus Literatur und Film, die doch scheinbar wenig mit dem „wirklichen Leben“ zu tun haben? Warum üben diese medial vermittelten Geschichten dann aber so einen großen Reiz auf viele Menschen aus? Geht es in diesen Geschichten wirklich nur um Unterhaltung oder Ablenkungen von den Niederungen des Alltags? Ich glaube nicht, dass es ein Grundbedürfnis nach Unterhaltung oder „Berieselung“ gibt. Vielmehr gehe ich davon aus, dass es die Grundmotivation des Gehirns ist, zu lernen. Und vor allem will es darüber etwas erfahren, welche Probleme einem im Leben begegnen können und wie man diese am besten löst. Genau dies erfährt es in Romanen und Filmen. Die Story selbst ist dabei nichts anderes als eine in Worten und Bildern vermittelte Beschreibung dieses Problemlösungsprozesses („*Every complete story is really an analogy for the human mind's problem solving process*“, Jim Hull 2010). Und so verwundert es nicht, dass in den medial vermittelten Geschichten eben genau diese Stationen oder metaphorischen Räume durchlaufen werden, die ich auch in den Patientengeschichten gefunden habe.

So gesehen sind Geschichten aller Art eine unerschöpfliche Quelle dafür, wie Menschen Probleme lösen (oder scheitern) und damit eine Art „Lösungsdatenbank“. Film-schaffende und Literaturwissenschaftler haben während der letzten Jahrzehnte ein äußerst elaboriertes System von Anschauungsweisen und Regeln entwickelt, wie sie ihr inhaltliches Material ordnen und auf eine beinahe naturwissenschaftliche Weise betrachten können. Sie haben dabei ein Ordnungssystem entdeckt, das mir wertvolle Impulse für die Analyse meiner Patientengeschichten geliefert hat. Dabei ging es mir nicht wie Joseph Campbell (1999) oder Christopher Vogler (1998) in der Tradition des „Helden-epos“ um den konkreten **Inhalt**, sondern um **Strukturen**, nach denen Geschichten funktionieren, sei es im Film, in der Literatur oder eben im „richtigen Leben“.

Ein Missverständnis wäre es auch, wollte man die Erkundungen auf dem Lösungsweg mit dem Ansatz der narrativen Psychologie gleichsetzen (Zusammenfassung u. a. bei Boothe 2010). Der narrative Ansatz behandelt die Erzählungen des Patienten als hochgradig individuelle Konstrukte, mit denen er den einzelnen Ereignissen in seinem Leben gleichsam im Nachhinein einen Sinn gibt. Ich will diesen Ansatz hier nicht kritisieren, erachte ihn im Gegenteil als hoch bedeutsam, sehe aber, wie gesagt, eine viel spannendere Aufgabe darin, zunächst einmal genau hinzuschauen, wie Patientengeschichten eigentlich strukturell aufgebaut sind. Deshalb habe ich mich in diesem Buch auf die Suche nach einer Allgemeinen Lösungsgeschichte begeben, die (ähnlich wie eine Diagnose) überindividuell gültig ist – nur wesentlich praktischer für Therapeuten handhabbar.

Lässt man sich auf diesen neuen Blickwinkel ein und abstrahiert von den jeweils individuellen Erfahrungen und „Requisiten“ der Patientengeschichten, dann erscheinen plötzlich prototypische Verläufe und Strukturen vor dem inneren Therapeuten-Auge und lassen sich dazu nutzen, die jeweilige Position des einzelnen Patienten in dieser allgemeinen Geschichte zu bestimmen. Der Therapeut fragt dann nicht mehr primär danach, „wer“ ein Patient ist, sondern „wo“ er sich in dieser Geschichte befindet, und kann daraus Schlüsse ziehen, wo er vorher war und welche Möglichkeiten bzw. Abzweigungen sich für die weitere Problemlösung ergeben könnten. Weil es in dieser Allgemeinen

Geschichte nur eine begrenzte Zahl von Stationen gibt, kann der Therapeut aus dem jeweiligen aktuellen „Aufenthaltsort“ des Patienten auch abschätzen, wie nahe er sich bereits an einer Lösung befindet. Er kennt zudem die möglichen Lösungstypen, die sich mit der jeweiligen Vorgeschichte für ihn anbieten und welche Hilfen er ihm zu deren Realisierung anbieten kann.

Wie gehe ich also praktisch vor? Zu Beginn einer Therapie und dann jeweils zu den Zeitpunkten, an denen eine Veränderung stattgefunden hat, rege ich meine Patienten dazu an, ein Bild zu malen. Die Aufforderung ist jeweils die Gleiche:

Versuchen Sie doch einmal, Ihren aktuellen Zustand oder Ihre aktuelle Situation in einem Bild darzustellen!<sup>1</sup>

Auf diesen Bildern oder Skizzen, von denen zahlreiche in diesem Buch dargestellt sind, erkennt man auf den ersten Blick, „wo“ sich der jeweilige Patient gerade in dieser Allgemeinen Lösungsgeschichte befindet, welche Grenzüberschreitungen ihn hierher geführt haben und wie nahe oder fern er noch einer Lösung ist. Das Konzept hat sich in der Einzelarbeit mit Patienten in meiner Praxis sowie in Weiterbildungsgruppen als äußerst nützlich erwiesen, nicht zuletzt deshalb, weil damit nicht nur dem Therapeuten eine bessere Orientierung gelingt, sondern auch dem Ratsuchenden, der sich damit auf der Folie einer Allgemeinen Lösungsgeschichte verorten kann. Insofern ist das Modell auch für Menschen in Krisensituationen geeignet. Sie können anhand der hier vorgelegten „Landkarte“ erkennen, dass ihr gegenwärtiger Zustand nur eine Station innerhalb eines Lösungskreislaufs darstellt, was in der Regel als tröstlich und entlastend empfunden wird.

Im folgenden Kapitel werde ich aber zunächst auf die theoretischen Hintergründe des Modells und seine Fundierung in der Literatur- und Filmwissenschaft eingehen. Es richtet sich vorwiegend an Leser, die auch an den Literatur- und Filmwissenschaftlichen Grundlagen interessiert sind, während solche mit einem ausschließlich praktischen Interesse in Kap. 3 die Landkarte betreten können.

---

## Literatur

- Boothe, B. (2010). *Das Narrativ: Biografisches Erzählen im psychotherapeutischen Prozess*. Stuttgart: Schattauer.
- Campbell, J. (1999). *Der Heros in tausend Gestalten*. Frankfurt a. M.: Insel.

---

<sup>1</sup>Der Begriff „Zustand“ verweist den Patienten mehr auf seine innere Befindlichkeit, während der alternativ angebotene Begriff „Situation“ ihm die Möglichkeit gibt, äußere Strukturen in seinem Bild darzustellen. Typischerweise biete ich für Farbbilder ein A3-Format an, für Schwarz-Weiß-Skizzen ein selbstgeschnittenes Format in der Größe 18 mal 21,5 cm (siehe auch Mayer 2008; sowie Schmeer und Mayer 2011).

- 
- Hull, J. (2010). Storyfanatic – A journal of meaningful story structure. <http://narrativefirst.com/store>.
- Mayer, C. (2008). *Hieroglyphen der Psyche. Mit Patientenskizzen zum Kern der Psychodynamik*. Stuttgart: Schattauer.
- Mayer, C. (2010). *Mit Fokus-Karten zum Ziel. Ein Navigationssystem für Psychotherapeuten und Coaches*. Paderborn: Junfermann.
- Schmeer, G., & Mayer, C. (2011). Visuelle Resonanz auf Begriffe. Gibt es eine grafische Krankheitslehre?. In *Kunst und Therapie, Zeitschrift für bildnerische Therapien*, 2011/2 (S. 61–70). Köln: Klaus Richter.
- Vogler, C. (1998). *Die Odyssee des Drehbuchschreibers* (2. Aufl.). Frankfurt a. M.: Zweitauseneins.