

Gerhard Dieter Ruf

# **Schizophrenien und schizoaffective Störungen**

2014

Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Carl-Auer Verlags:

Prof. Dr. Rolf Arnold (Kaiserslautern)	Prof. Dr. Wolf Ritscher (Esslingen)
Prof. Dr. Dirk Baecker (Friedrichshafen)	Dr. Wilhelm Rotthaus (Bergheim bei Köln)
Prof. Dr. Bernhard Blanke (Hannover)	Prof. Dr. Arist von Schlippe (Witten/Herdecke)
Prof. Dr. Ulrich Clement (Heidelberg)	Dr. Gunther Schmidt (Heidelberg)
Prof. Dr. Jörg Fengler (Alfter bei Bonn)	Prof. Dr. Siegfried J. Schmidt (Münster)
Dr. Barbara Heitger (Wien)	Jakob R. Schneider (München)
Prof. Dr. Johannes Herwig-Lempp (Merseburg)	Prof. Dr. Jochen Schweitzer (Heidelberg)
Prof. Dr. Bruno Hildenbrand (Jena)	Prof. Dr. Fritz B. Simon (Berlin)
Prof. Dr. Karl L. Holtz (Heidelberg)	Dr. Therese Steiner (Embrach)
Prof. Dr. Heiko Kleve (Potsdam)	Prof. Dr. Dr. Helm Stierlin (Heidelberg)
Dr. Roswita Königswieser (Wien)	Karsten Trebesch (Berlin)
Prof. Dr. Jürgen Kriz (Osnabrück)	Bernhard Trenkle (Rottweil)
Prof. Dr. Friedebert Kröger (Heidelberg)	Prof. Dr. Sigrid Tschöpe-Scheffler (Köln)
Tom Levold (Köln)	Prof. Dr. Reinhard Voß (Koblenz)
Dr. Kurt Ludewig (Münster)	Dr. Gunthard Weber (Wiesloch)
Dr. Burkhard Peter (München)	Prof. Dr. Rudolf Wimmer (Wien)
Prof. Dr. Bernhard Pörksen (Tübingen)	Prof. Dr. Michael Wirsching (Freiburg)
Prof. Dr. Kersten Reich (Köln)	

Reihe »Störungen systemisch behandeln«, Band 2

hrsg. von Hans Lieb und Wilhelm Rotthaus

Umschlaggestaltung: Uwe Göbel

Satz: Heinrich Eiermann

Printed in Germany

Druck und Bindung: Freiburger Graphische Betriebe, [www.fgb.de](http://www.fgb.de)

Erste Auflage, 2014

ISBN 978-3-8497-0044-7

© 2014 Carl-Auer-Systeme Verlag

und Verlagsbuchhandlung GmbH, Heidelberg

Alle Rechte vorbehalten

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.

Informationen zu unserem gesamten Programm, unseren Autoren  
und zum Verlag finden Sie unter: [www.carl-auer.de](http://www.carl-auer.de).

Wenn Sie Interesse an unseren monatlichen Nachrichten  
aus der Vangerowstraße haben, können Sie unter  
<http://www.carl-auer.de/newsletter> den Newsletter abonnieren.

Carl-Auer Verlag GmbH

Vangerowstraße 14

69115 Heidelberg

Tel. 0 62 21-64 38 0

Fax 0 62 21-64 38 22

[info@carl-auer.de](mailto:info@carl-auer.de)

## Vorwort

Psychosen gelten als die schwersten psychischen Erkrankungen. Die Forschung konzentriert sich bisher im Wesentlichen auf biologische und psychische Veränderungen, während das Leben und die Kommunikation im sozialen Gefüge der Gesellschaft mit den Wechselwirkungen zwischen Umfeld und Individuum nur geringes Interesse finden. Familien und Betroffene sind oft erleichtert, wenn die Krise benannt und eine Diagnose gestellt wird, die jeden von Schuld für die festgestellte Krankheit befreit. Darüber geraten aber allzu leicht die Einflussmöglichkeiten des Betroffenen und seines Umfelds auf die psychische Störung in den Hintergrund. Die Psychose wird als Schicksal gesehen, das quasi vom Himmel fällt. Im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung versucht man dann nicht mehr, die Psychose »hinter sich zu lassen« und ein normales Leben anzustreben.

Diese psychosozialen Aspekte sind Thema der systemischen Psychiatrie und Therapie. Die Thematisierung solcher Muster in der Therapie kann in vielen Fällen verdeutlichen, wo sich Probleme durch sogenannte zirkuläre Prozesse, das sind Rückkopplungsprozesse, aufrechterhalten. Dann können neue Sichtweisen bisher unbekannte Denk- und Verhaltensoptionen eröffnen, zur Problemlösung verhelfen und Symptome überflüssig werden lassen. Symptome können in manchen Fällen auch als Signale für belastende Lebensformen gesehen werden und eine Veränderung des Lebensstils anmahnen.

Systemische Therapie und Beratung ist eine bewährte und gut evaluierte Methode, die in unterschiedlichen psychotherapeutischen und psychiatrischen Arbeitsfeldern und Kontexten eingesetzt werden kann. Sie ist besonders flexibel bezüglich der Settings und Zeitrahmen (von Schlippe u. Schweitzer 2012, S. 349) und kommt meist mit wenigen, über einen längeren Zeitraum verteilten Sitzungen aus. Häufig werden Sitzungen alle vier Wochen oder in noch längeren Intervallen angesetzt, insgesamt durchschnittlich ca. 10 bis 12 Sitzungen (vgl. Simon, Clement u. Stierlin 2004, S. 303 f.).

Dass auch bei sogenannten »schweren« oder »chronifizierten Krankheiten« oft kleine Impulse in wenigen Sitzungen ausreichen, um Muster zu verstören, die die Störung aufrechterhalten, mag verwundern. Oft wird übersehen, dass schon die Diagnose einer »schweren« psychischen Störung zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden und die befürchtete Chronifizierung fördern kann. Immer wieder berichten mir Patienten, wie die ängstliche Aufmerksamkeitsfokussierung auf einen möglichen »Rückfall« einer psychischen Störung durch Sorgen und eine innere Anspannung eben diesen auch provozieren kann. Hilfreich sind in diesen Fällen die ressourcenorientierte systemische Haltung und (manchmal banal klingende) Interventionen, wenn sie zum problematischen Denk- und Verhaltensmuster eine passende, bessere Lösung darstellen.

Dieses Buch soll spezifische psychische und soziale Muster bei Schizophrenien und schizoaffektiven Störungen verdeutlichen und systemische Therapiemethoden zur Veränderung problematischer Muster zur Verfügung stellen. Der Schwerpunkt liegt auf der ambulanten Behandlung. Bei den Fallbeispielen sind die akuten, meist in der Klinik behandelten Symptome bereits abgeklungen. Die vorgestellten Methoden können jedoch auch im klinischen Kontext Anwendung finden.

Systemische Therapie kann als Einzel-, Paar- oder Familientherapie durchgeführt werden. Weil die meisten Patienten eine Einzeltherapie wünschen, habe ich überwiegend solche Fallbeispiele vorgestellt. Ab und zu wird in meiner Praxis auch eine Kombination von Einzel- und Familientherapie durchgeführt. Eine Indikation zur Familientherapie besteht bei entsprechendem Wunsch des Klienten üblicherweise dann, wenn er in einer Familie lebt oder wenn ein familiäres Thema am besten mit der Familie zusammen bearbeitet werden kann.

Detaillierte Erläuterungen, wie zum Beispiel wissenschaftliche Erklärungen oder therapeutische Interventionen wurden im Text durch *eine kursive Schreibweise* gekennzeichnet. Als ergänzendes Material werden einzelne Interventionen zur jeweils gezielten Anwendung online bereitgestellt.<sup>1</sup>

Beratung und Therapie gehen fließend ineinander über; ich habe

im Text nicht streng dazwischen getrennt. Das Gleiche gilt für die Begriffe Klient und Patient. Wegen der besseren Lesbarkeit habe ich auch nicht immer die männliche und weibliche Form aufgeführt; beides soll als austauschbar gelten, sofern aus dem Text nichts anderes hervorgeht.

An dieser Stelle danke ich meiner Frau Ulrike Preuß-Ruf ganz herzlich für ihre Beiträge zur Familientherapie einiger Patienten, für die Durchsicht des Manuskripts und für viele wertvolle Ratschläge. Mein besonderer Dank gilt auch dem Herausgeber der Buchreihe Dr. Hans Lieb für viele hilfreiche Anregungen.

.....  
1 [www.carl-auer.de/programm/materialien/schizophrenien\\_und\\_schizoaffektive\\_stroerungen](http://www.carl-auer.de/programm/materialien/schizophrenien_und_schizoaffektive_stroerungen)

Situationen innerer Anspannung geführt, in denen sie mit psychotischen Symptomen und Klinikeinweisung Entlastung fand. Nach der Thematisierung dieses inneren Konflikts und der Umdeutung, sie wolle nicht zum Täter werden, lernte sie zu unterscheiden zwischen dem inakzeptablen Verhalten des früheren traumatisierenden Mannes und einer Abgrenzung in Alltagssituationen, die für jeden unerlässlich ist, um sich vor Überlastung zu schützen. Schließlich meisterte sie die Krise mit ihrer Tochter ohne passiven Rückzug, indem sie sich lediglich ein Neuroleptikum verordnen ließ.

### *Fokusverschiebung*

Patienten beschreiben sich selbst und ihre Biografie oft defizitorientiert. Sie selektieren aus ihrer Biografie negative Beschreibungen und konstruieren daraus ihre Lebensgeschichte mit der Folge eines problembehafteten Selbstbilds und eines verminderten Selbstbewusstseins. In der Therapie verhilft eine Fokusverschiebung auf die vergessenen positiven Aspekte und Stärken zu einem besseren Umgang mit sich und der Vergangenheit. Folgende zentrale Frage kann in der Therapie gestellt werden:

*»Wie haben Sie es geschafft, trotz Ihrer schrecklichen Kindheits-erlebnisse einen guten Beruf zu lernen und eine Familie zu gründen? Was hat Ihnen die Stärke gegeben zu überleben?«*

Die negative Selbstsicht kann eine Ablehnung von Verantwortung mit Rückzug aus der Realität in die psychotische Fantasiewelt begünstigen. Fokusverschiebungen hin zu einer positiven Selbstsicht und eine Balancierung der bei Menschen mit der Diagnose einer Psychose zentralen Ambivalenz zwischen Realitätsbezug und psychotischem Rückzug können Selbstbewusstsein und Abgrenzungsfähigkeit verbessern und psychotische Muster überflüssig machen.

Die 20-jährige Frau S. hatte eine negative Selbstsicht, traute sich wenig zu und zog sich bei Problemen mit ihrer Umwelt seit vielen Jahren in eine Fantasiewelt zurück. Dieser Rückzug blieb aber nicht ambivalenzfrei, sondern wurde von einem Wunsch nach einem selbstsicheren und selbstbestimmten Leben überlagert.

Sie kam nach einer stationären psychiatrischen Behandlung mit der Diagnose einer psychotischen Störung in unsere Praxis. An die Behandlung hier habe sie keinen Wunsch. Damit vermied sie eine Verantwortungsübernahme für die Behandlungsziele, und bei eventueller Ablehnung ersparte sie sich eine Kränkung. Irgendwann solle alles im Lot sein. Sie höre schon immer Stimmen, unsichtbare Freundinnen, weil sie nicht habe allein sein wollen. Irgendwann habe sie eine unsichtbare Freundin nicht mehr unter Kontrolle gehabt; diese habe gesagt, sie solle sich schneiden; das mache sie seit einem Jahr mit Unterbrechungen. Vor einem halben Jahr habe sie verstärkt innere Stimmen gehört und plötzlich Angst vor allem Möglichen bekommen, vor dem Ersticken, davor, jemand könnte sie packen. Sie habe sich dann selbst gewürgt und sei ins Krankenhaus gekommen. Vor zwei Jahren sei sie mit einem Freund zusammengezogen. Sie sei diesem Freund hörig gewesen und habe sich auf seine Anweisung hin von einem Mitglied seiner Clique sexuell belästigen lassen. Vielleicht hänge ihr Problem damit zusammen. Die Eltern seien seit ihrem dritten Lebensjahr getrennt, zum leiblichen Vater habe sie keinen Kontakt gehabt und ihn erst jetzt kennengelernt. Ihre Ängste hätten nach der Trennung von Mutter und Stiefvater vor fünf Jahren begonnen. Ich verordnete das in der Klinik begonnene Neuroleptikum weiter und erläuterte die Möglichkeit einer Psychotherapie.

Nach einigen Wochen traute sie sich schließlich, den Wunsch nach einer Psychotherapie zu äußern mit dem Ziel, selbstbewusster aufzutreten, ihren Willen durchzusetzen, sich nicht von schlechten Gedanken und Emotionen leiten zu lassen, sich zu akzeptieren und sich mehr zuzutrauen. Das Neuroleptikum ließ sie vor Therapiebeginn selbst weg. Insgesamt fanden sieben Sitzungen im Zeitraum von neun Monaten statt.

In der *ersten Therapiesitzung* wiederholte sie das Therapieziel einer selbstbewussteren Haltung. Sie führte ihr Problem zurück auf ihren jahrelangen Rückzug in Fantasiewelten mit Feen und Gedankenspielen, woanders zu sein. Damit habe sie »hinterfotzige« Freunde ertragen. In der Klinik hatte sie nachgedacht und ihre übermäßige Anpassung für falsch gehalten. Die Medikamente hätten zwar geholfen, aber auch ihr Denken und ihre Wahrnehmung eingeschränkt. Sie habe kurzzeitig eine Beziehung zu einer Frau gehabt und sich dann wieder von ihr getrennt.

Ich entwickelte die Hypothese, dass die Selbsteinschätzung der Patientin, sie sei schwach und der Realität nicht gewachsen, zu Zweifeln an ihrem Selbstbewusstsein und zur Flucht in eine Fantasiewelt führte. Um ihr Selbstbewusstsein zu stärken, setzte ich eine Fokusverschiebung auf Positives und auf ihre Ressourcen ein:

THERAPEUT: »Wie schafften Sie es, vieles von Ihrem Problem selbst zu lösen und sich von Ihrer Partnerin zu trennen?«

PATIENTIN: »Ein Kumpel war für mich da. Dann merkte ich, dass die Trennung von der Partnerin mich frei machte, seither geht es bergauf.«

THERAPEUT: »Wozu waren Ihre Selbstverletzungen gut?«

PATIENTIN: »Danach ging es mir besser. Meine Fee ›Wola‹ wollte das, ich habe meine Wut auf mich selber übertragen, das hat eine seelische Erlösung gebracht, und die schlechten Gedanken waren dann weg ... Ich schmecke Wörter, Wörter vergehen auf der Zunge oder haben einen Nachgeschmack, schon immer.«

Frau S. berichtete hier über das seltene und nicht unbedingt als krankhaft zu wertende Phänomen einer Synästhesie. Als Synästhesie wird ein Zugleichempfinden, eine Verschmelzung von Sinneseindrücken auf verschiedenen Sinnesgebieten bezeichnet. Nach ihren problembehafteten Schilderungen verschob ich auch mit der Hausaufgabe den Fokus auf ihre Ressourcen:

THERAPEUT: »Wir haben heute viel über Dinge gesprochen, die sich verändern sollen. Zumindest theoretisch kann es aber auch sein, dass Dinge, die vorher gut sind, sich durch die Therapie verändern, und dann kann es ja nur schlechter werden. Damit so etwas nicht passiert, überlegen Sie sich bitte bis zum nächsten Mal, was in Ihrem Leben gut ist und so bleiben soll, wie es ist.«

Beim *zweiten Gespräch* beschrieb sie als gut in ihrem Leben: das Verhältnis zu den Eltern und zu ihrem neuen Freund, Gesundheit; sie selbst wolle die bleiben, die sie sei, wolle weiterhin Wörter schmecken und träumen. Sie wolle aber Folgendes verändern: mehr Geduld und Ruhe, abschalten können, Dinge nicht persönlich nehmen, wieder Ehrgeiz kriegen, Gedanken mitteilen können, sich nicht grämen, wenn sie singen wolle und nicht könne.



PATIENTIN: »Ich möchte lernen, Dinge nicht persönlich zu nehmen, und dem Freund vertrauen, wenn er mal keine Mail schreibt; bisher bin ich dann enttäuscht.«

Sie bewertete ihr Bedürfnis nach mehr Aufmerksamkeit als persönliche Schwäche. Ihr Vater sage »Mittelpunktkrankheit«, wenn sie zu wenig Aufmerksamkeit kriege und im Mittelpunkt stehen wolle. Ich schob den Fokus auf die positive Sichtweise: Ihr Bedürfnis sei berechtigt und normal.

THERAPEUT: »Vielleicht könnte es sein, dass Sie mehr Zuwendung brauchen?«

PATIENTIN: »Man kann das nicht erwarten.« Dabei kamen ihr Tränen.

THERAPEUT: »Wieso kommen Ihnen jetzt Tränen?«

PATIENTIN: »Alles kotzt mich an: andere Autofahrer, die Straße, der Stau, das Schaffen und Lernen.«

THERAPEUT: »Was waren bei diesem Problem Ihre bisherigen Lösungen?«

PATIENTIN: »Irgendwann geht es ..., irgendwann habe ich mich daran gewöhnt, dass ich zu wenig Aufmerksamkeit kriege ... schmerzhaft ... Was ich an Aufmerksamkeit kriege, ist genug.«

THERAPEUT: »Wie soll ich dann weiterhelfen?«

PATIENTIN: »Geben Sie mir einen Tipp. Ich möchte mit *einem* Teller zufrieden sein und nicht enttäuscht ... Ich führe Selbstgespräche und diskutiere mit mir. Eine Partei sagt: Ich brauche mehr Aufmerksamkeit. Die andere Partei ist die Vernunft und sträubt sich gegen Veränderungen.«

THERAPEUT: »Angenommen, bei unseren Gesprächen kommt heraus, dass Sie wirklich zu wenig Aufmerksamkeit bekommen? Welche Konsequenz hätte das für Sie?«

PATIENTIN: »Das wäre hilfreich, dann könnte ich besser damit umgehen, Gefühl und Verstand würden mehr übereinstimmen. Ich brauche *zwei* Teller. Ich hätte mehr Mut nachzufragen, ob es an mir oder an dem Geschäft liegt ..., aber das wäre arrogant und fordernd: Ich brauche *zwei* Teller.«

THERAPEUT: »Angenommen, unsere Gespräche würden so weitergehen: Wäre das gut oder schlecht?«

PATIENTIN (weint): »Es wäre die richtige Richtung.«

THERAPEUT: »Bis zu unserem nächsten Gespräch beobachten und über-

legen Sie bitte, was Sie tun würden, wenn Sie mehr Aufmerksamkeit bräuchten.«

Bei dieser Sequenz stellte ich ihrer Wirklichkeitskonstruktion, bescheiden und genügsam sein zu müssen, die andere Wirklichkeitskonstruktion gegenüber: Es ist normal, den eigenen Bedürfnissen eher nachzugehen. In der *dritten Sitzung* ging es ihr ganz gut. Sie meinte, besser klarzukommen und sich nicht mehr so aufzuregen. Zur letzten Aufgabe hatte sie sich überlegt, dass sie bisher genügend Aufmerksamkeit bekomme. Sie sei nur unzufrieden, weil in der Kindheit der Bruder im Mittelpunkt gestanden habe. Ihre weiteren Wünsche an die Therapie wirkten diffus und unklar. Ich gab ihr auf, zu überlegen, was sie in der Therapie noch brauche.

Eine neue Problemsicht und mehr Selbstakzeptanz wurden im *vierten Gespräch* deutlich. Sie äußerte ihr Leiden unter dem globalen Wachstumsdenken und gesellschaftlichem Leistungsdruck sowie ihre Unwilligkeit, beim Konsumzwang mitzumachen. Wegen ihrer damit verbundenen Einsamkeit sei die Fee »Wola« entstanden. Die bisherige Therapie habe geholfen nachzudenken, ob sie den verlorenen Teil von sich wiederfinde (Tränen): »das Kind«.

PATIENTIN: »Ich bin zu erwachsen geworden. Der Außenseiter, der ich mal war, ging verloren.«

...

THERAPEUT: »Gibt es Zeiten, in denen Sie dem ›Kind‹ näher sind?«

...

PATIENTIN: »Wenn ich in meinem Heimatort bin, wenn ich mit nassen Haaren schlafe, wenn meine Haare offen sind und ich sie an der Schulter spüre ... auch, wenn jemand mich nicht ernst nimmt oder jemand auf mir rumhackt, weil ich in meiner Kindheit so behandelt wurde.«

THERAPEUT: »Haben Sie deshalb eine besondere Sehnsucht nach dem ›Kind‹, weil das zu kurz kam?«

PATIENTIN: »Ja, wahrscheinlich.«

THERAPEUT: »Wie können Sie das nachholen?«

PATIENTIN: »Ich kann das beim Freund, ... das Unbeschwerte ... Mein Ehrgeiz ist nicht mehr so da.«

Beim *fünften Gespräch* erzählte sie über »Wola«.

PATIENTIN: »Es gibt ›Wola‹, seit ich sechs war. Sie ... wohnte in der Waschküche. Ich spielte mit ihr, danach war sie eine Fee. Ich fand sie in einer Pfütze und pflegte sie ..., dann war ich Dämonenärztin und ›Wola‹ war Partnerin, dann war sie der Drache ›Xi‹, danach ›Wola‹, sie weinte und leuchtete, deshalb gilt der Regenbogen als Hoffnung ... Irgendwann schrieb ich Gedichte, die eigentlich ›Wola‹ geschrieben hat ... Dann kamen Verfolgungssängste, ich hörte eine Stimme und musste mich verletzen, weil ich ein schlechter Mensch bin. Ich machte dann Schluss mit dem Freund. ›Wola‹ ist ein Teil von mir.«

THERAPEUT: »Wieso sind Sie ab und zu traurig?«

PATIENTIN: »Weil etwas fehlt.«

Ihre immer wieder auftretenden Tränen veranlassten mich zur Metakommunikation über unser Gespräch, um quasi »Supervision« durch die Patientin zu erhalten.

THERAPEUT: »Falls durch meine Fragen zu viel Belastendes aufgewühlt wird, sagen Sie es bitte.«

PATIENTIN: »Ja.«

Sie wünschte sich in der *sechsten Sitzung* etwas Entspannendes, Erleuchtung, den Sinn des Lebens, Antwort auf die Frage, wer sie sei, und Antwort auf alle Fragen. Sie hätte gerne Verantwortung, habe aber auch Angst davor. Ich empfahl ihr, zu überlegen, wie sie dem Sinn näherkommen könnte.

In der *siebten Sitzung* ging es ihr gut, und sie wollte die Therapie beenden. Dem Sinn ihres Lebens sei sie nähergekommen. Im Rückblick fand sie Denkanstöße hilfreich, das Reden und darüber Nachdenken und einen festen Termin zu haben. Anfangs sei das Reden schwergefallen, jetzt mache sie sich vor dem Schlafengehen Gedanken, führe weniger Selbstgespräche und stelle sich weniger Drachen vor. Sie sage mehr, was sie wolle, z. B. zu ihrem Freund, bilde sich eher eine Meinung, sage nicht zu allem Ja und Amen. Auf meine Frage, was sie damals in die Klinik geführt habe, meinte sie, sie habe schon lange keine Freunde gehabt, sich zu nichts zugehörig gefühlt und sich in Fantasiewelten versteckt. Zur Rückfallprophylaxe fragte ich noch, was sie tun müsste, wenn sie einen Rück-

fall provozieren wollte. Sie antwortete: »Mit dem Freund Schluss machen und mich reinsteigern ... oder wenn die Mutter sterben würde.«

Zusammenfassung: Eine frühere dissoziative Störung war in eine Schizophrenie übergegangen und hatte zu einer stationären Behandlung geführt. Die zentrale Ambivalenz der Patientin bestand in der Frage, ob sie sich eher abgrenzen und der problematischen Realität stellen oder ob sie sich in ihre Fantasiewelt mit zeitweiligen psychotischen Symptomen zurückziehen sollte. In den Therapiesprachen bewirkte eine wiederholte Fokusverschiebung von ihrer negativen Selbstsicht zu ihren Stärken eine Verbesserung ihres Selbstbewusstseins und ihrer Abgrenzungsfähigkeit. Sie kam dann eher in der Realität zurecht und benötigte den Rückzug in die Fantasiewelt weniger. Mit diesem Ergebnis war sie zufrieden und beendete dann die Therapie.

#### *Positive Konnotation*

Bei der positiven Konnotation werden im Therapiesprach vom Klienten erwähnte negative Bewertungen von symptomatischen Verhaltensweisen durch positive ersetzt, um eine positive Selbstsicht zu ermöglichen und das Selbstbewusstsein zu stärken. Folgende Umdeutungen sind beispielsweise möglich:

*Setzt keine Grenzen → hat ein großes Herz.*

*Schwach → schützt sich vor Überforderung.*

*Besorgt → verantwortungsbewusst.*

*Ängstlich → vorsichtig.*

*Krank → der Körper warnt vor Überlastung.*

*Böse → kann sich abgrenzen.*

*Dickköpfig → leistet sich eine eigene Meinung.*

*Starrsinnig → weiß seinen Weg.*

*Vermeidungsverhalten → hört auf Warnsignale seines Körpers.*

*Lässt alles mit sich machen → die Familie ist ihm wichtig.*

*Passt sich an → Harmonie ist für ihn ein hoher Wert.*

*Querulant → hat Gerechtigkeitssinn.*

Die positive Konnotation hat ihre Grenzen, wo ein Verhalten moralisch nicht mehr positiv gesehen werden kann, z. B. bei Gewaltanwendung oder Missbrauch. Erfolgen solche Handlungen während der Therapie,