

# Fallverstehen in der Begegnung – ein Konzept therapeutischen Handelns

## Plenumsvortrag im Themenblock I:

### Salutogenetische Orientierung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheits- und Sozialberufen

Bruno Hildenbrand, Jena

#### 0. Übersicht

In diesem Beitrag werden wir im ersten Teil anhand eines Fallbeispiels ein therapeutisches Konzept vorstellen, bei dem im Zentrum zwei Themen stehen: Zum einen eine lebens- und familiengeschichtliche Herangehensweise an präsentierte Krankheitsprobleme (Fallverstehen), zum anderen die affektive Rahmung der Begleitung von lebens- und familiengeschichtlichen Übergängen (Begegnung).

Im zweiten Teil werden wir den Fokus verlagern und die Ressourcen thematisieren, die Therapeutinnen und Therapeuten familiengeschichtlich vermittelt in ihre professionelle Tätigkeit einbringen. Hier werden wir uns auf zwei Fallbeispiele beziehen.

#### 1. Ein Fallbeispiel („chronische Schmerzstörung“)

*Der heute (2007) 48jährige Schweizer Alberto Isaja erleidet 2004 einen Unfall im Schulterbereich, als er an seinem Haus eine Reparatur vornimmt. In der Folge ist er zunächst ein Jahr lang arbeitsunfähig. Ein Arbeitsversuch 2005 scheitert. In der Folge kündigt Herr Isaja bei seinem Arbeitgeber, bei dem er seit über 20 Jahren beschäftigt ist. Seither bezieht er eine Übergangshilfe, bis sein Rentenantrag bewilligt wird. Inzwischen präsentiert er immer neue körperliche Symptome. Zahlreiche medizinische Untersuchungen führen immer wieder zu kleinen Befunden, aber nicht zu einer belastbaren Erklärung seiner Arbeitsunfähigkeit. Schließlich wird Herr Isaja einer Psychiaterin vorgestellt. Diese findet keinen Anhalt für ein psychiatrisch deutbares Rentenbegehren und schätzt den Patienten als kooperationswillig*

*ein. Ihre Diagnose lautet zunächst: chronische Schmerzstörung.*

#### 2. Was ist da los?

Schmerz weist zurück auf ein vorgängiges Leiden (v. Weizsäcker 1926), weshalb die erste therapeutische Frage lautet: Welches ist das Leiden, auf das der Schmerz von Herrn Isaja verweist?

Dieses Leiden ist umso rätselhafter, je weniger körperliche Ursachen für dieses Leiden entdeckt werden können. In einem naiven Ausschlussverfahren könnte demnach nun der Blick auf eine lebensgeschichtliche Ursache für das Leiden des Herrn Isaja gelenkt werden. Naiv ist diese Vorgehensweise deshalb, weil sie lebensgeschichtlichen Aspekten einer Krankheit erst dann Raum gibt, wenn die körpermedizinische Kunst am Ende ist. Nimmt man aber von vorne herein eine breitere Perspektive ein, z. B. die der **anthropologischen Medizin**, auf die schon der Name von Weizsäcker verweist, dann spielt die Lebensgeschichte schon von Beginn von Diagnostik und Therapie an eine Rolle. Krankheit jedweder Art wird dann als ein *Einbruch in die Stagnation des Werdens* (v. Gebattel) betrachtet.

Die Frage lautet also: Wo ist die Geschichte des Herrn Isaja ins Stocken gekommen? Und weil wir hier eine familienmedizinische Perspektive einnehmen, werden wir diese Frage von der Lebens- auf die Familiengeschichte verlagern, und weil Werden eine Frage von Übergängen ist, werden wir unseren Blick auf die Frage nach den Entwicklungsaufgaben im Familienzyklus richten.

Gehen wir also zurück zum Fall und betrachten wir die Familiensituation des Herrn Isaja.

*Herr Isaja, gebürtiger Italiener aus Apulien, lebt in der Pfalz und ist mit einer Portugiesin verheiratet. Das Paar hat drei Töchter im Alter von 22, 16 und 14 Jahren, die noch zu Hause leben. Die älteste Tochter geht einem akademischen Beruf nach, und die jüngste Tochter besucht eine weiterführende Schule. Die mittlere Tochter wurde aufgrund von Lernschwierigkeiten in eine Privatschule versetzt, die Eltern haben dafür große Anstrengungen auf sich genommen. Die älteste Tochter trägt einen Vornamen, der sowohl in der Pfalz als auch in Italien gebräuchlich ist, während ihre beiden Schwestern rein italienische Vornamen tragen.*

Die Familie Isaja ist demnach mit Übergängen konfrontiert. Zwei der drei Töchter sind jetzt in einem Alter, in dem das Verlassen des Hauses direkt ansteht oder abzusehen ist. Die Eltern tun also gut daran, sich allmählich auf die nacherterliche Phase (auf eine Phase, in der das Paar wieder mehr als Paar miteinander zu tun hat) einzurichten.

Des Weiteren: Die Familie hat ein Haus gebaut und sich damit endgültig in der Pfalz nieder gelassen. Ein Leben im transitorischen Raum ist damit an ein Ende gekommen. In diese Phase der Übergänge bricht nun die Krankheit von Herrn Isaja ein, auf die sich niemand einen Reim machen kann, am wenigsten der Patient selbst.

Vielleicht kommen wir der Sache näher, wenn wir uns die Familiengeschichte der Isajas ansehen. Hier einige Stichworte zur Familienbiographie der Isajas:

„Das eigentliche ‚Haus‘, das ein Mensch bewohnt, ist [...] seine Biographie. Zu ihr [...] gehören die Menschen seines Umfeldes dazu: die Familie und die nächsten Bezugspersonen; aber nicht nur in ihrem Hier und Jetzt, sondern mitsamt ihrer Geschichte: Familiengeschichte“, schreibt der der Richtung der anthropologischen Psychiatrie (Alfred Kraus 1978) sich zurechnende Psychiater Wolfgang Blankenburg (Blankenburg 1984, S. 81).

Herr Isaja ist der Älteste von drei Kindern. Sein Vater, geboren 1934 in Apulien, wandert 1953 in die Pfalz aus. Er heiratet eine Bauerntochter aus seinem Dorf, arbeitet als ungelernter Fabrikarbeiter und kehrt 1966 nach Hause zurück, um seinen Platz als Ältester einer Bauernfamilie einzunehmen (in Apulien gibt es Regionen mit bäuerlicher Landwirtschaft in einem Umfeld von Gutslandschaft, vgl. Lepsius 1965). Seine Familie begleitet ihn.

Seine drei Kinder kehren schon in jungen Jahren wieder in die Pfalz zurück. Umberto, geboren 1967, ist heute verheiratet und lebt mit seiner Familie in einem südlichen Landesteil, er hat eine gute Anstellung. Anna Lena lernt in der Pfalz Coiffeuse, wird wegen einer Berufskrankheit berentet und ist heute in der Nähe ihrer Eltern als Kosmetikerin und Masseurin tätig.

Herr Isaja, wie erinnerlich Ältester aus einer Bauernfamilie, heiratet ca. 1984 eine Portugiesin, die ebenfalls von einem Bauernhof stammt. Sie ist die Drittgeborene von sieben Kindern. Zunächst geht sie keinem Beruf nach, sie hat auch keinen gelernt. Bis 2005 lebt dieses Paar ein klassisches Ehemodell mit berufstätigem Ehemann und Hausfrau. 2005 allerdings beginnt Frau Isaja eine Lehre zur Altenpflegerin, die sie 2007 abschließt. Inzwischen geht sie einer Arbeit im erlernten Beruf nach.

### 3. Eine Deutung der lebens- und familiengeschichtlichen Situation von Herrn Isaja

- Herr Isaja steckt in einem Dilemma zwischen der traditionellen Verpflichtung eines Hofnachfolgers, für deren Erfüllung sein Vater ein Modell abgibt, einerseits, und der Transformation in eine moderne Form einer vorwärts gewandten Migrantenfamilie andererseits.

Wie sehr er einsozialisiert ist in die Selbständigenmentalität eines Bauernsohnes, zeigt seine versicherungstechnisch fatale Entscheidung, nach dem Scheitern eines Arbeitsversuchs selbst zu kündigen.

- Er verfolgt beide Lebensentwürfe bis heute parallel. Einerseits finanziert er seine Herkunftsfamilie in Apulien. Er fährt mit seiner Frau und mit seinen Kindern regelmäßig zu seinen Eltern in die Ferien. Was er dort macht, bleibt im Dunklen, vor allem, was die Zukunft des elterlichen Hofes anbelangt. Ganz im Gegenteil zu seinen detaillierten Kenntnissen über Betriebskonzept, Produktionsstruktur und Zukunftsaussichten auf dem Hof seiner Schwiegerfamilie. Möglicherweise will er sich mit den Herausforderungen und Erwartungen, die ihm dort begegnen, nicht auseinandersetzen. Vermutlich steht keine Strategie dahinter, sondern dieses Geschehen ist für ihn undurchsichtig. Wenn dem so wäre, würde das die Problematik des Falles verstärken.
- Auch die Partnerwahl deutet zunächst auf einen bäuerlichen Lebensentwurf hin. Aber hier beginnt bereits die Ambivalenz. Denn seine Ehefrau kennt sich zwar in der Landwirtschaft aus und wäre sicher eine gute

Bäuerin, aber ihre Handlungsmuster und ihre Zukunftsvorstellungen passen weder in die portugiesische noch in die süditalienische ländliche Provinz. Dies zeigen nicht nur die schulischen und beruflichen Entwicklungen ihrer Töchter (bzw. die Anstrengungen, die unternommen werden, um ein drohendes Scheitern abzuwenden).

Auch ihre Bereitschaft und ihre Fähigkeit, bei Ausfall des erwerbstätigen Partners das bisherige Hausfrauenleben aufzugeben und im Alter von 44 Jahren einen Beruf zu erlernen und das Auskommen der Familie ökonomisch zu sichern, sprechen für einen urbanen Lebensentwurf.

- Schließlich hat die Familie ihre Absichten, sich langfristig in der Pfalz nieder zu lassen, durch den Bau eines Hauses unterstrichen.

Bei dessen Reparatur tritt nun jenes Ereignis ein, welches die Ambivalenz des Lebensentwurfs von Herrn Isaja manifest macht und das die Paar- und Familienentwicklung massiv bedroht, nämlich der Unfall. Dieser Unfall und die sich daran anschließende Schmerzsymptomatik bringen eine weiter gehende, lebens- und familienspezifische Problematik zutage:

Herr Isaja kommt mit den Entwicklungen bei ihm selbst und bei seiner Ehe- und Familienbeziehung nicht zurecht. Er klagt über nachlassende Potenz und fürchtet allmählich, für seine Frau als Ehemann zunehmend unattraktiv zu sein. Für seine ambitionierten Töchter stellt er seit 2004 kein Vorbild mehr dar. Jedoch fehlen ihm die Möglichkeiten, diese Entwicklungen zu verstehen.

#### 4. Entwicklungsaufgaben der Familie Isaja

Nachdem nun einige der Grundzüge der Familienbiographie der Isajas deutlich geworden sind, wird verständlicher, worin die „Stagnation des Werdens“ in dieser Familie besteht. Von hier aus können (gemeinsam mit dem Patienten, am besten unter Einbeziehung seiner Ehefrau) Entwicklungsaufgaben besprochen werden, die anstehen. Offenbar sind sie noch nicht hinreichend angepackt worden, jedenfalls nicht von Herrn Isaja, während seine Frau bereits erhebliche Veränderungspotentiale hat erkennen lassen. Bei diesen Entwicklungsaufgaben handelt sich um folgende:

- Neuarrangement der Paarbeziehung, die die Bereiche Alltagsbewältigung, Krankheitsbewältigung und der weiblichen bzw. männlichen Lebensentwürfen betrifft. Herrn Isajas

Aufgabe wird sein, mit der Entwicklung seiner Ehefrau, die sie seit dem Beginn seiner Krankheit gemacht hat, gleichzuziehen. Dahinter aber liegt eine weitere, dringend zu erledigende Aufgabe, nämlich

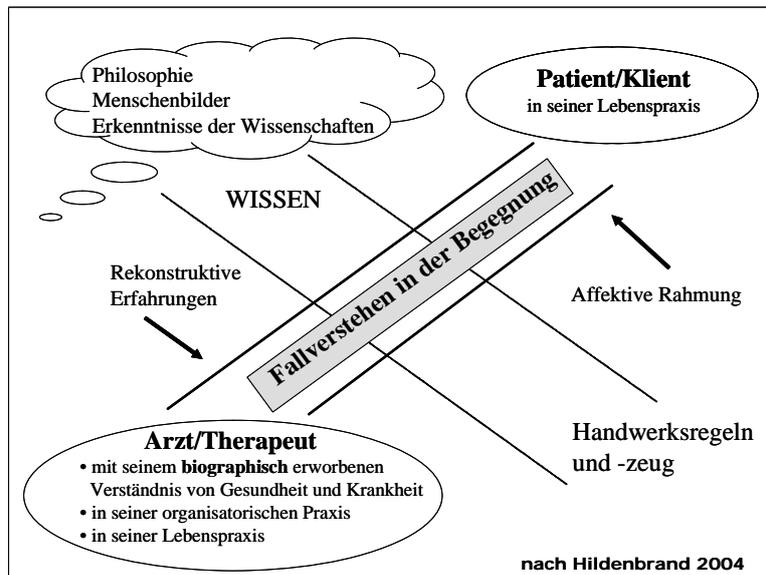
- das Neuarrangement der Position von Herrn Isaja in seiner Herkunftsfamilie. Dies betrifft vor allem seine Position in der Kontinuitätslinie des elterlichen Familienbetriebs. Von ihm wird eine klare Entscheidung erfordert, ob er die Nachfolge antreten oder aber ablehnen will. Lehnt er ab, bedeutet dies das Ende des Hofes. Erschwert wird diese Ablehnung dadurch, dass Herr Isaja gewissermaßen zwei Entwicklungslinien eingerichtet hat, die sich widersprechen: Erstens die Entwicklungslinie, die dem väterlichen Modell folgt, nach einer Zeit des Auslandsaufenthaltes zurückzu-

kehren und in die Pflichten des Hofnachfolgers einzutreten.

Zweitens die Entwicklungslinie, die mit der familienbetrieblichen Tradition bricht und damit (aus seiner Sicht, der Sicht des Hoferben) einem sozialen Suizid gleichkommt.

- Schließlich ein Neuarrangement in der Eltern-Kind-Beziehung, in welcher Herr Isaja seine Position als Vater behält, auch wenn er nicht mehr das ist, was man in altväterlicher Manier den „Ernährer“ nennt.
- Auch von den Töchtern fordert die Situation Veränderungen insofern, als ihr Bild des Vaters komplexer werden muss, soll die Tochter-Vater-Beziehung nicht Schaden erleiden und auf Kosten einer Mutter-Töchter-Beziehung aufgelöst werden.

#### 5. Welches therapeutische Konzept liegt dieser Vorgehensweise zugrunde?



Aus familientherapeutischer Sicht haben wir das Konzept des „Fallverstehens in der Begegnung“ (Welter-Enderlin & Hildenbrand 2004) entwickelt und es „Meilener Konversprechen auf Kontinuität, Vertrauen und Personalität, anders gesprochen: der affektiven Rahmung eines therapeutischen Geschehens, steht der Pol des Fallverstehens –

zept“ genannt, weil es in Meilen, einem Dorf am Zürichsee, entstanden ist. Zentral an diesem Konzept ist, dass von einer widersprüchlichen Einheit von Personalität (Nähe = d. h. reflexive Distanz und Rollenförmigkeit – gegenüber. Der Begegnungspol betrifft die Beziehung von Therapeutin bzw. Therapeuten zum Patienten bzw. zur Patientin. Zentra-

Begegnung) und Rollenförmigkeit (distanziertes Fallverstehen) ausgegangen wird.

Dem Pol der Begegnung – d.h. affektive Nähe, Empathie,

les Medium der Begegnung ist also die Sprache, und zwar im Sinne des „Ins-Gespräch-Kommens“, wie Gadamer formuliert (Gadamer 1993, S. 159ff.).

*Begegnung* (v. Baeyer 1978, S. 36 ff.) betont das *Wir* gegenüber einem getrennten *Ich* und *Du* und stellt modellhaft eine Alternative zu problematischen Interaktionsformen dar, wie sie bei psychosozialen Störungen typischerweise vorkommen. Was bei diesem Konzept v. Baeyers fehlt, das ist über die momenthafte Arzt-Patient-Interaktion hinaus der therapeutische Prozess. Hier kommen wir weiter, wenn wir nicht nur von *Begegnung*, sondern darüber hinaus, von *affektiver Rahmung* sprechen. Veränderung, das Ziel einer jeden Therapie, kann Angst machen und schmerzhaft sein, dies zeigt der Fall des Herrn Isaja in besonderem Maße. Hier geht es darum, eine stabile Beziehung zwischen Therapeut/in und Patient/in bzw. Familie über eine gewisse Zeit zu etablieren. Dem Therapeuten (der Therapeutin) kommt die Aufgabe zu, Verantwortung für den Ablauf (nicht für den Inhalt) des Übergangsprozesses zu übernehmen. Es gilt also, in Zeiten der Instabilität als Therapeutin bzw. als Therapeut Rückhalt durch affektive Zuwendung zu geben und Gespür sowie Respekt für die eigenen Potentiale (Resilienz) des Patienten und seiner Familie zu zeigen (Welter-Enderlin & Hildenbrand 2004, S. 46-57; Welter-Enderlin & Hildenbrand 2006).

Um genau Letzteres zu leisten, d. h. um die Begegnung *fallverstehend* zu gestalten, wird die affektive Nähe der Begegnung gebrochen durch reflexive Distanz, durch eine Bewegung der Distanzierung, die schon im Wort „*Fall*“ angezeigt wird. Die Distanzierung über methodisch kontrolliertes, rekonstruktives Fallverstehen wirkt dabei einer möglichen Stagnation des therapeutischen Prozesses entgegen. Eine solche Stagnation könnte dadurch entstehen, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut bei ausschließlicher Ausrichtung auf Begegnung zwar gefühlige Situationen des quasi-familialen Beisammenseins

einrichten könnte, diese aber keine Potenz in Richtung Strukturtransformation, d. h. Heilung hätten. Außerdem dient die Distanzierung im Fallverstehen dazu, die Rollenformigkeit der Therapeuten-Klienten-Beziehung und damit die Widersprüchlichkeit jeder Therapeuten-Patient-Beziehung zu wahren.

Hinter der Achse *Fallverstehen in der Begegnung* und diese kreuzend liegt die *Wissensachse*. Am einen Pol stehen theoretisches Wissen und philosophische Grundlagen, am anderen Handwerksregeln und -techniken. Was die Handwerksregeln und -techniken anbelangt, so ist speziell das methodisch kontrollierte, rekonstruktive Fallverstehen zentral. Es geht dabei um das Erkennen von Handlungs- und Orientierungsmustern der Klienten, und das stets mit dem Ziel, gemeinsam mit den Hilfesuchenden neue Handlungs- und Orientierungsmuster zu entwickeln und sie bei ihnen lebenspraktisch zu festigen.

## 6. Zurück zum Fall: die weitere Entwicklung

*Die Psychiaterin, die zunächst einen Gutachtenauftrag hatte, konnte mit der Zeit einen therapeutischen Auftrag mit dem Patienten aushandeln und vor allem weitere medizinische Abklärungen im Rahmen des Rentengutachtens externalisieren. Wichtig dabei war, dass er Vertrauen zu ihr entwickelt hatte, und ihr zutraute, ihn und seine Familie auf seinem weiteren Weg zu begleiten. In ihrer neuen Beziehungsform als Therapeutin besprach sie mit dem Patienten die anstehenden lebens- und familiengeschichtlichen Themen. Dies führte zur Entspannung im Bereich der präsentierten Schmerzsymptomatik sowie zur Neuorientierung der Paar- und Familienbeziehung.*

*Die konkreten Fortschritte bei der Neuorientierung dieser lebens- und familiengeschicht-*

*lichen Situation wurden mit der Zeit, d. h. innerhalb von ca. sechs Monaten offenbar: Erstmals steuert die Ehefrau das Familienauto in die Familienferien in Italien. Dort gelingt es dem Patienten, bei den Eltern die Zukunft des Bauernhofes anzusprechen. Dabei zeigt es sich, dass seine Vermutung, er stünde – wie sein Vater vor ihm – in der bedingungslosen Pflicht, den Bauernhof zu übernehmen, gegenstandslos geworden war. Denn die Eltern sind selbst schon darauf gekommen, dass dieser Hof keine Zukunft hat, und konkretisieren zunehmend ihren Plan, ihn in absehbarer Zeit auslaufen zu lassen. Den Sohn entlassen sie damit in die Freiheit eigener biographischer Gestaltung. Zeitgleich treten bei Herrn Isaja die Schmerzen in den Hintergrund.*

Spektakuläres ist bis dahin demnach nicht passiert, jedoch wurden wichtige Schritte der Bemächtigung der eigenen Biographie gemacht. Künftig wird es darauf ankommen, das Neue, das erreicht wurde, zu verstetigen.

## 7. Fazit

Therapeutisches Handeln in der Logik des Meilener Konzepts erfordert:

- Krankheit im Kontext von anstehenden biographischen Übergängen zu sehen;
- in die Biographie des Patienten die Geschichte seiner Familie einzubeziehen;
- der distanzierenden diagnostischen Betrachtung eine Haltung der affektiven Unterstützung zur Seite zu stellen, ohne die Distanz aufzugeben; und schließlich
- neben der krankheitsbedingten Einschränkung der persönlichen Autonomie auch die Potentiale zu deren Überwindung zu sehen, sowohl beim Patienten selbst als auch bei seiner sozialen Umfeld, v. a. in der Familie.

## 8. Biographien Professioneller und professionelles Handeln

*„Die alten Professionen haben sich gebildet zur Hilfe bei ungewöhnlichen Lagen, vor allem Lebensrisiken, angesichts von Tod, nicht eindämmbarem Streit. Sie beschaffen Sicherheit und Problemlösungen durch spezialisierte Techniken des Umgangs mit solchen Problemen.“*  
(Luhmann 1991, S. 29).

Professionelle sind Spezialisten für Krisenbewältigung: Fragen wir, wo Professionelle dafür – jenseits akademischer Professionalisierungsprozesse – ihre Kompetenzen gewinnen, dann stoßen wir im Wesentlichen auf zwei Quellen, die jeweils auf die Herkunftsfamilie des bzw. der Professionellen verweisen: Eine Quelle ist die *Sozialisation über Generationen durch Selbstrekrutierung*. Der Ärzteberuf steht seit je her unter jenen Berufen, die von Generation zu Generation innerhalb der Familie weiter gegeben werden, an vorderer Stelle. Eine zweite Quelle sind *familienbiographische Erfahrungen* der Bewältigung von Krisen.

Auf diese zweite Quelle werden wir uns im Folgenden konzentrieren. Den beiden Ärzten, die wir nun vorstellen, ist gemeinsam, dass sie mit chronisch psychisch Kranken arbeiten und dass sie ihren professionellen Habitus nicht in der Familie vermittelt bekamen, sondern sich selbst erwerben mussten. Nachdem wir die Familiengeschichten dieser beiden Ärzte beleuchtet haben, werden wir ihren Arbeitsstil skizzieren und auf die familiengeschichtlich weiter gegebenen Erfahrungen beziehen.

### **Fall 1:**

*Familiale Krisen werden als Chancen zur Transformation genutzt. Dabei verselbständigt sich das Autonomiethema.*

In der väterlichen Linie der Herkunftsfamilie der Ärztin, um die es hier geht und die in diesem Beitrag bereits als Therapeutin des Herrn Isaja in Erscheinung trat, beobachten wir über drei Generationen hinweg den Niedergang eines alteingesessenen, größeren

Familienbetriebs. In der Elterngeneration der Ärztin ist es gelungen, eine Transformation vom Selbständigen zum (angestellten) Leiter eines großen Industrieunternehmens zu bewerkstelligen.

In der mütterlichen Linie beobachten wir, wie der Verlust eines mittelständischen Handwerksbetriebs zu einer Neuorientierung in einem verwandten Gewerbebereich führt und parallel dazu eine erhebliche innerfamiliäre Krise (ein vorzeitiger Todesfall einer Mutter) bewältigt wird.

Der Arbeitsstil dieser Ärztin ist charakterisiert durch folgende Aspekte:

- Bei den „Normalen“ wird auf einem hohen, anspruchsvollen Niveau eine Selbständigkeit gepaart mit kontinuierlicher Bewährung erwartet.
- Wenn es um die Frage geht, wie viel einem Patienten zuzumuten sei, gerät diese Ärztin in erhebliche Schwierigkeiten. Sie ist von ihrer Familie früh an Selbständigkeit gewöhnt sowie daran, Krisen als Herausforderung zu betrachten und zu bewältigen. Ihre Patienten, als chronisch schizophrene diagnostizierte Patienten, konfrontieren sie dem gegenüber mit einem deutlich reduzierten, durch langjährigen Aufenthalt im sozialpsychiatrischen Hilfesystem weiter eingeschränkten Anspruchsniveau, dem sie meist fassungslos gegenüber steht. Es fällt ihr daher schwer, mit diesen Patienten zusammen ein Anspruchsniveau zu finden, das einerseits ihrer Einschränkung gemäß ist, andererseits die verbliebenen Kräfte mobilisiert.

- Gleichwohl betrachtet diese Ärztin den Arztberuf als eine Lebensaufgabe, in der sie sich zu bewähren hat. Will sie aber in der Arbeit mit diesem Klientel bestehen, dann muss sie von dem unbedingten Normalitäts- und Leistungskonzept ihrer Herkunftsfamilien abrücken und zu einem dialektischen Verständnis von Krankheit gelangen. Dieses bedeutet, in der Beschädigung die Autonomiepotentiale des Patienten (und umgekehrt) erkennen zu lernen und entsprechend zu handeln (Blankenburg 1997).

### **Fall 2:**

*Krisen und deren Bewältigung als Dauerthema einer sozial desintegrierten Familie.*

In der väterlichen Linie des Arztes, den wir hier vorstellen, kommt es in der Urgroßeltern- generation zu einer familialen Katastrophe mit Verlust zweier Kinder, von der diese Familie sich nicht mehr erholt. Der Großvater versucht, durch Einheirat in ein als lebenslustig bekanntes Familienmilieu die Familiengeschichte zu überwinden, aber auch diese Familie ist durch einen massiven, katastrophalen Verlust von gleich sechs Familienmitgliedern gezeichnet. In der Folge zieht sich der Großvater zurück und widmet sich öffentlichen Aufgaben. Dessen Sohn wiederum knüpft an der mütterlichen Lebenslust-Linie an, wird zum erfolgreichen Geschäftsmann und setzt sich mit 40 Jahren zur Ruhe.

In der mütterlichen Linie sind Gewalttätigkeit, Verstrickung in den Nationalsozialismus, Grenzüberschreitung im sexuellen Bereich auch über die Generationen hinweg in einem

selten gesehenen Ausmaß zu verzeichnen.

Während die Töchter dieses Paares durch Alkohol- und Drogenmissbrauch eingeschränkt sind, wird der Sohn Psychiater. Er heiratet im Übrigen eine Frau, deren Herkunftsfamilie sich nicht unwesentlich von der seiner Mutter unterscheidet.

Der Arbeitsstil dieses Arztes ist durch folgende Punkte gekennzeichnet:

- Er tendiert in seiner Arbeit zu schizophrenen Patienten mit komplexen Biographien (z. B. Gewalterfahrung) und unterstützt sie beim Finden kreativer und unkonventioneller Lösungen. Dabei zeigt er eine sichere Hand im Herausfinden eines angemessenen Quantum von Autonomiezuschreibung, wobei er sich nicht vor riskanten Interventionen scheut.
- Den Arztberuf sieht er zunächst nicht als Lebensaufgabe. Er plant, getreu dem väterlichen Vorbild sich mit 40 sich zur Ruhe setzen.
- Von dieser Idee nimmt er jedoch Abstand und konzentriert sich auf eine leitende Position in einer forensischen Abteilung.

Diese beiden Fallbeispiele zeigen, dass jenseits berufsfachlicher Qualifikationen die jeweiligen familienbiographischen Erfahrungen eine Rolle bei der Herausbildung eines angemessenen professionellen Habitus spielen. Je nach dem kann diese Rolle den Habitus unterstützen, sie kann aber auch in der Weise sich auswirken, dass familienspezifische Erfahrungen unreflektiert in das eigene fachliche Handeln hineinwirken. Dazu gehört das fallunabhängig stark ausgeprägte Normalitätskonzept im Beispiel der Ärztin, während das Beispiel des Arztes zeigt, dass das Konfrontiert-Sein mit erheblichen Ausmaßen sozialer Abweichung geradezu dazu disponiert, sich mit den entsprechenden Symptomen von Patienten zu arrangieren und von dort her und entsprechend fallangemessen mit diesen zu arbeiten.

Als problematisch war die anfänglich wenig ausgeprägte Verbindlichkeit dem eigenen Beruf gegenüber (Ausstieg mit 40 Jahren) zu sehen, aber in dieser Richtung kam es rechtzeitig zu einer Korrektur.

Wenn aber die eigenen biographischen Erfahrungen als im Hintergrund wirkende Faktoren zur Kompetenz von Therapeutinnen und Therapeuten beitragen, dann ist daraus zu folgern, dass diese Faktoren in der therapeutischen Weiterbildung zur Sprache zu bringen und zu reflektieren sind. Daher gehört zur therapeutischen Ausbildung im Stil des Meilener Konzepts ein Selbst erfahrungsangebot dazu, welches familiengeschichtlich-rekonstruktiv angelegt ist und den fachlichen Habitus des Kandidaten/der Kandidatin mit den Erfahrungen aus der Familiengeschichte verknüpft (Welter-Enderlin & Hiltenbrand 2004, S. 231-236).

## Literatur

- Im Zusammenhang mit der sozialen Situation des Hoferben zitiert Bourdieu in seinen einschlägigen Beiträgen zu diesem Thema Marx mit den Worten: „*Ebenso gehört der Majoratsherr, der erstgeborene Sohn, der Erde. Sie erbt ihn.*“ (Bourdieu 1993, S. 264).
- Blankenburg, Wolfgang (1984) Biographie und Krankheit. In: Tilman Huber, Hrsg., „*Medicus Oecologicus*“ - Der Arzt im Spannungsfeld zwischen Innen- und Außenwelt. Mannheim: ima Internationale Mediziner-Arbeitsgemeinschaft, S. 45-96.
- Blankenburg, Wolfgang (1997) „Zumuten“ und „Zumutbarkeit“ als Kategorien der psychiatrischen Praxis. In: Krisor, Matthias, und Pfannkuch, Harald (Hg.) *Gemeindepsychiatrie unter ethischen Aspekten*. Regensburg: Roderer, S. 21-48.
- Bourdieu, Pierre (1993) *Sozialer Sinn - Kritik der theoretischen Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gadamer, Hans-Georg (1993) *Über die Verbogenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kraus, Alfred (Hrsg.) (1978) *Leib, Geist, Geschichte - Brennpunkte anthropologischer Psychiatrie*. Heidelberg: Hüthig.
- Luhmann, Niklas (1991) *Soziologische Aufklärung 2*. Opladen: Westdeutscher Verlag (4. Auflage).
- Weizsäcker, Viktor v. (1926/1987) *Gesammelte Schriften Band V Der Arzt und der Kranke - Stücke einer medizinischen Anthropologie*. Hrsg. von Achilles, Peter, u. a. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Welter-Enderlin, Rosmarie, & Hildenbrand, Bruno (2004) *Systemische Therapie als Begegnung*. Stuttgart: Klett-Cotta (4., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage).
- Welter-Enderlin, Rosmarie, und Hildenbrand, Bruno (Hrsg.) (2006) *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Auer.

## Autor

Prof. Dr. Bruno Hildenbrand,  
Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Soziologie  
Carl-Zeiß-Straße 2, 07743 Jena  
[Bruno.Hildenbrand@uni-jena.de](mailto:Bruno.Hildenbrand@uni-jena.de)

