

Martin Grabe

Wie funktioniert Psychotherapie?

Ein Buch aus der Praxis für alle, die es wissen wollen



Wissen & Leben
Schattauer

Martin Grabe

Wie funktioniert Psychotherapie?

herausgegeben von Wulf Bertram

Zum Herausgeber von »Wissen & Leben«:

Wulf Bertram, Dipl.-Psych. Dr. med, geb. in Soest/Westfalen, Studium der Psychologie, Medizin und Soziologie in Hamburg. Zunächst Klinischer Psychologe im Universitätskrankenhaus Hamburg Eppendorf, nach Staatsexamen und Promotion in Medizin Assistenzarzt in einem Sozialpsychiatrischen Dienst in der Provinz Arezzo/Toskana, danach psychiatrische Ausbildung in Kaufbeuren/Allgäu. 1986 wechselte er als Lektor für medizinische Lehrbücher ins Verlagswesen und wurde 1988 wissenschaftlicher Leiter des Schattauer Verlags, 1992 dessen verlegerischer Geschäftsführer. Aus seiner Überzeugung heraus, dass Lernen Spaß machen muss und solides Wissen auch unterhaltsam vermittelt werden kann, konzipierte er 2009 die Taschenbuchreihe »Wissen & Leben«, in der mittlerweile mehr als 50 Bände erschienen sind. Bertram hat eine Ausbildung in Gesprächs- und Verhaltenstherapie sowie in Psychodynamischer Psychotherapie und arbeitet als Psychotherapeut in eigener Praxis.

Für seine »wissenschaftlich fundierte Verlagstätigkeit«, mit der er im Sinne des Stiftungsgedankens einen Beitrag zu einer humaneren Medizin geleistet hat, in der der Mensch in seiner Ganzheitlichkeit im Mittelpunkt steht, wurde Bertram 2018 der renommierte Schweizer Wissenschaftspreis der Margrit-Egnér-Stiftung verliehen.

Martin Grabe

Wie funktioniert Psychotherapie?

Ein Buch aus der Praxis für alle, die es wissen wollen

 **Schattauer**

Dr. med. Martin Grabe

Klinik Hohe Mark

Dt. Gemeinschafts-Diakonieverband GmbH

Friedländerstraße 2

61440 Oberursel (Taunus)

martin.grabe@hohemark.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung in elektronischen Systemen.

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.

Besonderer Hinweis:

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH,

gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Umschlagabbildung: © Aleutie, www.shutterstock.com

Gesetzt von am-productions GmbH, Wiesloch/Eberl & Koesel Studio, Kempten

Datenkonvertierung: Eberl & Koesel Studio, Kempten

Printausgabe: ISBN 978-3-608-43296-1

E-Book: ISBN 978-3-608-19134-9

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-29133-9

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe

Geleitwort

Angesichts der Vielzahl von Büchern zur Psychotherapie kann man sich fragen: Braucht es ein weiteres Buch zu diesem Thema? Wenn man in dieses Buch hineinschaut, meine ich: Ja!

Das Buch ist äußerst praktisch angelegt. Es arbeitet sich sozusagen vom äußerlichen Erstkontakt mit den Patienten in deren Innenwelt vor. Genau entsprechend dem Prozess in der therapeutischen Begegnung: Über die Symptompräsentation über die Einordnung des Verhaltens in das Spektrum der Abwehrmechanismen hin zur »Szene« bzw. dem zentralen Beziehungs-Konfliktthema. Daraus ergibt sich der therapeutische Fokus. Dabei finden neben der klassischen Anamnese und Patientenbeobachtung auch kreative Techniken wie das Familienbrett, Zeichnungen und Plastiken der Patienten Berücksichtigung. Das geht natürlich im Kliniksetting am leichtesten, ist aber grundsätzlich auch im ambulanten Bereich möglich. Damit erweist sich das Buch als sehr facettenreich und integrativ; hier mit psychodynamischen Schwerpunkt.

Die theoretischen Bezugssysteme wie die OPD kommen erst im zweiten Schritt als Rahmen zum Zuge, in den das individuell gewonnene Bild der Patienten eingeordnet wird. Und das immer an konkreten Beispielen. Die Verortung spezieller theoretischer Aspekte in Kästchen als Exkurse erhöht die Lesbarkeit des Buches und überlässt es den Lesern, wie tief sie in die Materie einsteigen wollen.

Als Vertreter der Schematherapie freut es mich besonders, dass der Autor das Schematherapiemodell in seine Fallkonzeptionserstellung und in sein therapeutisches Vorgehen harmonisch einbindet. Damit ist dies das erste Buch, das die Anwendung der Schematherapie in die psychodyna-

mische Perspektive einbettet. Dies ist meines Erachtens hervorragend gelungen und dafür bin ich dem Autor persönlich sehr dankbar.

Ein besonderes Merkmal dieses Buches ist es, dass es auch die spirituelle Dimension einbezieht. Hier bringt der Autor seine besonderen Kompetenzen und Erfahrungen ein. Dabei gelingt ihm eine sehr differenzierte und auch konstruktiv-kritische Darstellung. Auch das Konzept der »psychosomatischen Rhythmusstörungen« von Hanne Seemann, deren Buch immerhin in der 16. Auflage erschienen ist, wird hier einer breiteren Leserschaft zugänglich gemacht. Es bietet eine anschauliche Ordnungsstruktur der vielschichtigen somatoformen Syndrome, ähnlich den »Grundformen der Angst« von Fritz Riemann. Derartige Systematiken sind nicht Teil des Mainstream, aber sie haben als Heuristiken einen großen praktischen Nutzen und geben dem Buch einen besonderen Akzent.

Im zweiten Teil des Buches wird eine Übersicht über die verschiedenen Therapieschulen und Störungsbilder gegeben. Diese Kapitel sind sehr kompakt und gut gegriffen und vermitteln einen hervorragenden Überblick. Sie zeugen von breiten und tiefen Kenntnissen des Autors. Sie sind auch für Anfänger gut lesbar und vermitteln die Essenz auf sehr verständliche und praxisnahe Weise.

Es ist nicht leicht, so gekonnt sowohl die Therapieschulen als auch die Störungsbilder auf den Punkt zu bringen. Da ist dem Autor etwas Besonders gelungen. Durch das Sachverzeichnis wird das Buch zu einem »Mini-Lehrbuch«. Daher kann ich besonders Anfängern im Feld der Psychotherapie das Buch nur wärmstens empfehlen und wünsche viel Freude und Gewinn beim Lesen.

Frankfurt, im Juni 2017

Eckhard Roediger

Dank

Einige Menschen hatten besonderen Anteil am Gelingen dieses Buches:

Elfi Orth, meine langjährige Kollegin, mit der gemeinsam ich viele der hier vorgestellten Gedanken entwickelt habe, das Team der Psychotherapiestation Herzberg 2, meine liebe Christiane, die mir immer wieder Unterstützerin und konstruktives Gegenüber war – und das nette Team vom Schattauer Verlag.

Herzlichen Dank euch allen!

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Wie innere Konflikte das Leben einengen und wo Therapie ansetzen kann	5
	<i>Exkurs 1: Die kreative Vielfalt der Abwehrmechanismen ..</i>	<i>13</i>
3	Wie findet man den zentralen Beziehungskonflikt? ..	19
3.1	Dreieck der Einsicht	19
	Aktuelle Situation	20
	Biografie	22
	Szenisches Erleben	25
	Die Schnittmenge	29
3.2	Wie läuft eine Fokusrunde ab?	31
	<i>Exkurs 2: Was ist Psychodynamik?</i>	<i>34</i>
	<i>Exkurs 3: Welche inneren Konflikte gibt es eigentlich? ...</i>	<i>38</i>
3.3	Beispiel Herr B.	41
	<i>Exkurs 4: Was ist ein neurotischer Kompromiss?</i>	<i>54</i>
4	Die Therapeutische Beziehung	63
4.1	Ein guter Start	64
4.2	Empathie	66
4.3	Therapeutische Distanz	73
4.4	Die Seite des Patienten in der therapeutischen Beziehung	77

5	Verstrickungen lösen und Entscheidungen treffen . . .	79
5.1	Klassische tiefenpsychologische Arbeit.	79
	<i>Exkurs 5: Was ist Internalisierung?</i>	89
	<i>Exkurs 6: Sind die Eltern immer schuld?</i>	92
5.2	Der schematherapeutische Zugang	103
5.3	Die Arbeit an realen Verlusten und Verletzungen.	113
5.4	Was hat Vorrang in der Bearbeitung?	119
5.5	Wann ist eine Therapie zu Ende?	128
6	Psychotherapie und Spiritualität.	130
7	Therapieschulen im Überblick	141
7.1	Allgemeines.	141
7.2	Psychoanalyse.	145
7.3	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.	149
7.4	Verhaltenstherapie	151
7.5	Schematherapie.	157
7.6	Annäherung der Therapieschulen	162
8	Spezielle Störungsbilder	165
8.1	Allgemeines.	165
8.2	Depressionen	168
8.3	Angsterkrankungen.	180
8.4	Zwänge.	194
8.5	Essstörungen.	202
	<i>Exkurs 7: Was ist eigentlich Psychosomatik?</i>	
	Die wichtigsten Modelle	210

8.6	Somatoforme Störungen	217
8.7	Posttraumatische Belastungsstörung	234
8.8	Dissoziative Bewegungs- und Sinnesstörungen (Konversionsstörungen)	242
8.9	Borderline-Störung und Strukturniveau	250
	<i>Exkurs 8: Das Strukturniveau nach OPD-2</i>	<i>267</i>
9	Kurzes Schlusswort	270
10	Literatur zum Weiterlesen.	272
	Literatur.	276
	Sachverzeichnis.	278

1 Einleitung

Herr S., ein großgewachsener, etwas jungenhaft wirkender Manager, lässt sich schwer in den Sessel in meinem Büro fallen. Heute ist das erste reguläre Therapiegespräch. Herr S. lächelt verlegen, atmet noch einmal durch, öffnet resignierend die Hände und sagt beherzt: »Na, dann machen Sie mal ...«

Ich muss innerlich ein wenig schmunzeln über so viel tapfere Schicksalsergebenheit. Wer weiß, was Herr S. jetzt erwartet. Vielleicht, dass ich ihn einer Hypnose unterziehe oder nach höchst peinlichen Dingen befrage. Stattdessen erkläre ich ihm freundlich, dass ich gar nicht vorhabe, etwas »zu machen«. Sondern dass Therapie immer gemeinsame Arbeit bedeutet.

Wie sieht diese gemeinsame Arbeit in der Therapie aber nun aus? Genau darüber möchte dieses Buch Auskunft geben.

Beim Schreiben habe ich an folgende Personengruppen gedacht, und diesen – Ihnen – widme ich jetzt dieses Buch:

- allen, die mehr darüber wissen möchten, wie Psychotherapie funktioniert;
- Menschen, die sich gerade in Therapie befinden, und ihren Angehörigen;
- psychotherapeutisch Tätigen verschiedener Berufsgruppen und
- meinen Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung.

Dieses kleine Buch kann und will nicht die renommierten Lehrbücher ersetzen, es erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, hat kein langes Literaturverzeichnis und enthält keine Manuale. Aber es ist genau das Buch, das ich mir zu Beginn meiner Weiterbildung dringend

gewünscht hätte! Wo mir ein erfahrener Praktiker ohne lange Absicherungsschleifen erklärt, wie er denkt und arbeitet. Sozusagen als Basis, als Grundwortschatz, möglicherweise auch als Wegweiser. So ist dieses Buch auch gemeint.

Natürlich muss jede Leserin und jeder Leser für sich selbst filtern, was er oder sie anwendbar findet und wo er oder sie vielleicht auch anderer Meinung ist.¹

Sich mit Psychotherapie zu beschäftigen, ist ein lebendiger Prozess, der viel mit der eigenen Person zu tun hat, der auf meine Person zurückwirkt, den ich aber auch mit vollem Recht selbst prägen darf.

Vielleicht hat jemanden von Ihnen die etwas technisch anmutende Formulierung des Buchtitels irritiert. Wie kann man denn in einem psychologischen Zusammenhang von »Funktionieren« sprechen? Dann bin ich froh, dass Sie bis hier weitergelesen haben. Der Schwerpunkt dieses Textes soll nämlich tatsächlich darauf liegen, was an Psychotherapie verstehbar und vermittelbar ist. Sehr vieles ist auch nur schwer – oder nicht – verstehbar. Therapie ist eine sehr komplexe Interaktion zwischen Menschen. Aber es gibt Grundlinien, die generell gelten. Wo Therapie gelingt, bedient sie sich in immer neuen Variationen dieser Muster. Mein Ziel ist, diese Grundlinien möglichst deutlich und verstehbar herauszuarbeiten.

1 In diesem Buch wähle ich für eine bessere Lesbarkeit oft die männliche Form. Um jedoch einen Kompromiss zu finden zwischen konservativer und gendergerechter Schreibung habe ich versucht, da wo möglich geschlechtsneutrale Begriffe zu verwenden.

Auf den ersten Blick sehen Therapieansätze oft recht verschieden aus. Es gibt Therapieschulen wie die Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder die Verhaltenstherapie (► Kap. 7). In der Klinik Hohe Mark in Oberursel, in der ich tätig bin, ist unsere Ausgangsprägung tiefenpsychologisch, und so wird auch dieses Buch einen gewissen Akzent in dieser Richtung nicht verleugnen können. Wir arbeiten jedoch in der Praxis als psychoanalytisch, tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch und schematherapeutisch ausgebildetes Kollegium zusammen und nutzen die Methoden und Modelle unterschiedlicher Schulen. So bemühe ich mich auch in diesem Buch durchgehend, schulenübergreifend zu denken. Das erhöht in der Arbeit mit Patienten² deutlich die Wahrscheinlichkeit, einfache Modelle mit großer Erklärungskraft zu finden, wie wir in Kapitel 3 noch sehen werden. Und solche Modelle sind Voraussetzung für eine wirkungsvolle Psychotherapie.

Was auch schon an dieser Stelle gesagt werden soll: Es gibt psychische Krankheitsbilder, bei denen Psychotherapie nur eine untergeordnete Rolle spielt. Von diesen wird in diesem Buch nicht die Rede sein. Insbesondere sind das organisch bedingte Störungen wie z. B. eine Depression, die durch eine Schilddrüsenunterfunktion ausgelöst wurde – wo die Therapie natürlich in einer Regulierung der Schilddrüsenhormone bestehen muss. Es sind aber auch Störungen, die vorwiegend neurophysiologisch ausgelöst wurden, wie eine schizophrene Psychose, eine schwere phasisch auf-

2 Der Begriff Patientin oder Patient ist in diesem Buch nicht diskriminierend gemeint, sondern im wörtlichen Sinne: die oder der Leidende. Es sind Menschen, die aus irgendeinem Leidensdruck heraus Hilfe in Anspruch nehmen.

tretende Depression oder die manisch-depressive Erkrankung. Hier sind oft kaum äußere Auslöser fassbar, stattdessen sprechen die Betroffenen aber meist gut auf eine medikamentöse Behandlung an. Es geht in diesen Fällen zunächst einmal darum, den Stoffwechsel der Botenstoffe im Gehirn (Neurotransmitter) wieder zu regulieren. Auch hier ist eine unterstützende Psychotherapie sinnvoll. Diese dient aber in der Regel mehr der Verarbeitung des Krankheitsgeschehens an sich, als dass dadurch eine Heilung zu bewirken wäre. Gerade in diesem Bereich gibt es inzwischen für jedes Störungsbild gute Literatur für Betroffene und Angehörige.

Auch im Bereich der Suchterkrankungen, insbesondere der stoffgebundenen Süchte, gelten z. T. andere Regeln. Oft stehen hier zunächst medizinisch-körperliche Probleme im Vordergrund (Entzug), später dann die Etablierung notwendiger Strukturen, was als Thema den hier vorgegebenen Rahmen sprengen würde.

In diesem Buch soll es dagegen um jene psychischen Erkrankungen gehen, wo das Wesentliche im Heilungsprozess über Verstehen zu erreichen ist. Also um das, was in einer ambulanten Psychotherapie passiert und ebenso auf einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Station. Medikamente, wenn sie denn verordnet werden, haben hier nur eine unterstützende Funktion.

2 Wie innere Konflikte das Leben einengen und wo Therapie ansetzen kann

In der Klinik wundern wir uns manchmal, wie lange es Menschen in eigentlich unerträglichen Situationen ausgehalten haben, bevor sie endlich Hilfe in Anspruch nehmen. Auch heutzutage liegt immer noch ein Tabu auf der Psychotherapie. Glücklicherweise bröckelt es etwas. Immer mehr Menschen, Frauen sind da oft mutiger als Männer, trauen sich, offen darüber zu sprechen, dass sie einen Therapeuten haben. Aber die Regel ist immer noch, dass man sich lange mit einem Problem herumquält. Viele Menschen nehmen Psychotherapie erst dann in Anspruch, wenn gar nichts mehr geht, sie z. B. lange Zeit einfach nicht mehr zur Arbeit gehen konnten.

Jeder Mensch, der sich in Therapie begibt, bringt seine ganz eigene Geschichte mit – eine unendliche Vielfalt. Für die Ausgangssituation sind aber zwei Möglichkeiten typisch:

- Es geht den Betroffenen um belastende Symptome, die sie möglichst schnell wieder los sein möchten. Das könnten Ängste sein, körperliche Symptome wie Schmerzen, Depressivität oder Zwänge.
- Eine Person ist stark betroffen von dem, was ihr im Vorfeld widerfahren ist. Und sie kann sagen, wer daran Schuld hat: der Vorgesetzte am Arbeitsplatz, Kollegen, Eltern, erwachsene Kinder, sehr oft auch der Partner – die sie »völlig fertiggemacht« haben.

Wenn man diese Sichtweise zugrunde legt, könnte damit das Projekt Therapie schon am Ende sein. Denn eines ist meistens klar: Wir können nicht direkt helfen. In Bezug auf viele Symptome wie Ängste und Zwänge wissen die Betroffenen oft schon selbst sehr gut, dass diese völlig unange-

messen sind – trotzdem haben sie sie. Körperliche Beschwerden wurden schon mit allen technischen Mitteln der modernen Medizin untersucht – geholfen hat es aber bisher nicht. Und in Bezug auf die äußeren belastenden Umstände können wir auch nicht den Heimatort der Person aufsuchen, um dort für sie alles zum Besten zu regeln.

All das, was den Kummer verursacht im Erleben unserer Patienten, können wir nicht ändern. Es kann sich nur eines ändern: der Mensch selbst.

Wie dieser Prozess nun aber vor sich gehen soll, ist für die Betroffenen nicht leicht abzusehen. Denn schließlich haben sie sich ja auch vor der Therapie schon Mühe gegeben, oft große Anstrengungen unternommen, um das Beste aus sich und ihrer Situation zu machen.

In manchen Fällen mag das Scheitern daran gelegen haben, dass Menschen bestimmte Fähigkeiten nicht erworben haben oder aus verschiedensten Gründen wieder verlernt haben. In diesen Fällen sind entsprechende, auf den Einzelnen zugeschnittene Übungsprogramme hilfreich, die wir auch immer wieder therapieunterstützend anwenden.

Meistens wird aber schnell deutlich, dass es nicht darum ging, dass eine bestimmte Fertigkeit gefehlt hat, sondern dass es um ganz tiefgreifende emotionale Verflechtungen unserer Patienten mit ihrer Umwelt ging, die sie aus eigener Kraft nicht mehr entwirren konnten und nur noch als Sackgasse wahrnahmen. Unter diesem überhandnehmenden Druck haben sich dann Symptome entwickelt wie eine Depression, Zwänge, Ängste, psychisch bedingte Körperbeschwerden (somatoforme Störungen) oder Essstörungen.

Es muss in der Therapie darum gehen, dieses undurchschaubare Geflecht aus Gefühlen, Wünschen und Befürchtungen zu entwirren, um es dem Betroffenen zu ermöglichen, wieder eigene Entscheidungsfreiheit zurückzugewin-

nen. Und das geht nur über einen Umweg: Wir müssen der Person dabei helfen, sich besser und tiefer zu verstehen, als sie es je getan hat.

Fallbeispiel

Frau F. kommt wegen eines »Burnout« in die Klinik. Diese Diagnose hat sie schon selbst gestellt, und ihr Hausarzt hat sie ihr auf die Einweisung geschrieben, auch wenn es eigentlich keine medizinische Diagnose ist.

Die etwa 40-jährige Frau F. ist Lehrerin an einer Grundschule und jetzt schon vier Monate krankgeschrieben. Sie berichtet ihrer Therapeutin im Aufnahmegespräch, dass sie sich zu Hause zu nichts mehr habe aufraffen können, viel geweint habe und sehr depressiv gewesen sei. Ihre Arbeit möge sie eigentlich. Es sei aber in den Jahren immer mehr dazugekommen. Ständig müsse sie Vertretungen machen, sich in neue Klassen einarbeiten, manchmal sitze sie abends bis Mitternacht an den Unterrichtsvorbereitungen. Was aber am schlimmsten sei: Die neue Konrektorin, die vor zwei Jahren an die Schule kam, habe eindeutig etwas gegen sie. Diese sei für die Stundenpläne und Vertretungspläne zuständig. So habe diese sie einmal vor allen kritisiert, als sie zu spät zu einer Konferenz gekommen sei. Sie gebe ihr immer die »allerletzten« Vertretungsstunden und sei überhaupt kühl und arrogant. Mit der jetzt pensionierten Vorgängerin habe sie sich immer sehr gut verstanden. Die Vorgängerin habe sie manchmal gelobt, als es ihr einmal ganz schlecht ging, habe diese sie sogar in den Arm genommen.

Mit Männern habe sie bisher immer Pech gehabt. Es gab wenige kürzere Beziehungen. Irgendwie habe es nicht gepasst. Das hätten aber jeweils beide gemerkt.

Zur Vorgeschichte war zu erfahren, dass Frau F. als die Ältere von zwei Schwestern aufwuchs und eine sehr strenge, fordernde Mutter hatte. Die Ehe der Eltern war schon in der frühen Kindheit auseinandergegangen, zum Vater bestand kaum Kontakt. Die jüngere Schwester war Nesthäkchen und wurde vorgezogen, für Frau F. gab es nur ein wenig Zuwendung, und zwar dann, wenn sie besondere Leistungen zeigte, vor allem gute Schulnoten.

Dass Frau F. Hilfe braucht und in der Klinik richtig ist, ist an diesem Punkt schon einmal unstrittig: Sie ist deutlich depressiv und seit Monaten nicht mehr arbeitsfähig.

Theoretisch könnte die Therapeutin jetzt versuchen, die Probleme von Frau F. im Hier und Jetzt zu lösen, so wie diese sie beschrieben hat. In Bezug auf die langen Arbeitszeiten könnte sie ihr einen Coach vermitteln, der sie darin trainiert, effektiver zu sein und angemessene Prioritäten zu setzen. Um mit der neuen Konrektorin besser fertigzuwerden, könnte ein Durchsetzungstraining hilfreich sein. Mit den Männern wäre es etwas schwieriger, aber auch hier wären viele der Meinung, dass man doch bei sorgfältiger Eingrenzung in heutigen Partnerportalen etwas finden müsste.

Die Therapeutin lässt aber all diese guten Möglichkeiten links liegen, weil sie davon ausgeht, dass Lösungen auf einer anderen Ebene zu finden sind. Auch wenn sie noch nicht weiß, welche Lösungen es sein werden.

Nur im Miteinander mit Frau F. wird sie herausbekommen, was in deren Geschichte relevant war, was Druck gemacht hat, was geängstigt hat, aber auch, was Sicherheit gegeben hat. Die Patienten sind immer die Experten für ihre eigene Geschichte! Und nur die Gefühle, die bei bestimmten Themen bei dem Patienten und Therapeuten entstehen, können zu weiteren Erkenntnissen leiten – nicht das theoretische Vorwissen des Therapeuten.

Schon bald zeigt sich, dass nicht nur die Mutter von Frau F. hohe Leistungsansprüche an sie stellte, sondern auch sie selbst, denn sie hat diese längst in sich aufgenommen (internalisiert). Frau F. kann bis jetzt gar nicht anders denken, als dass ihre Arbeit nur dann gerade eben gut genug ist, wenn sie ihr Bestes gegeben hat. So sitzt sie bis in die Nacht und laminiert noch Handouts für die Kinder, weil »weniger als perfekt« gar nicht geht in ihren Augen.

Schon im Aufnahmegespräch hatte die Therapeutin das Gefühl, dass die neue Konrektorin gar nicht so besonders schlimme Dinge getan hat, was weiteres Nachfragen auch bestätigt. Es ist aufseiten von Frau F. vielmehr die große Enttäuschung darüber, dass das warmherzige Verhältnis zur Vorgängerin nicht mehr besteht. In weiteren Gesprächen wird deutlich, wie sehr sie sich früher nach der Liebe ihrer Mutter sehnte. Die frühere Konrektorin konnte ihr immerhin einige mütterliche Zuwendung geben, wofür sie dieser dankbare Verehrung entgegenbrachte.

Partnerschaftliche Beziehungen hatte sie bisher meist zu deutlich älteren Männern. Es wird bald deutlich, dass es ihr hier mehr um väterliche Versorgung als um reife Partnerschaft ging.

Therapie wird bei Frau F. vor allem bedeuten, dass sie sich mit ihrer »inneren Antreiberin«, der internalisierten Mutter und deren Leistungsansprüchen auseinandersetzt. Mit dem Ziel, sich endlich einmal von dieser zu emanzipieren. Und zweitens wird es darum gehen müssen, dass sie lernt, liebevolle Zuwendung nicht immer noch von äußeren Mutterfiguren zu erwarten. Frau F. muss lernen, »sich selbst eine gute Mutter zu werden«. Oft wird in Therapien auch das Bild vom »inneren Kind« gebraucht, dem Kind, das wir früher einmal waren. Dann würde es darum gehen zu lernen, diesem endlich einmal Schutz und gute Versorgung zu geben.

Was dieses Fallbeispiel zeigen soll: Ein Therapieerfolg ist in der Regel nicht auf direktem Wege zu erreichen: durch Bekämpfung der Symptome oder Änderung äußerer Umstände. Stattdessen braucht es den Umweg über die Entwicklungsgeschichte der Betroffenen, einschließlich der dort verankerten Gefühle.

Bei der Entwicklung einer psychischen Krankheit haben in der Regel bestimmte Gebote, Verbote, Versagungen, Prä-

gungen der frühen Kindheit zu Einengungen geführt, die das spätere Leben spezifisch beeinflusst und behindert haben. Weil die Betroffenen aber natürlich Wünsche, Bedürfnisse und Hoffnungen haben wie andere Menschen auch, musste es zu Reibungen mit diesen inneren Einschränkungen kommen. Innere Konflikte sind entstanden und haben immer mehr Energie gebunden.

Die frühe Kindheit ist deshalb so wichtig für die Entwicklung eines Menschen, weil der Mensch sich hier, in der Säuglingsphase am stärksten, in einer vollständigen Abhängigkeit von seinen frühen Bezugspersonen befindet. Für einen Säugling oder ein Kleinkind ist die häusliche Umgebung, in der es aufwächst, die ganze Welt. Das Kind hat keine Alternative. Was am Anfang des Lebens auf einen Menschen einwirkt, wenn der Machtunterschied zu den primären Bezugspersonen (meist die Eltern) noch nahezu unendlich ist, hat weit größere Prägekraft als spätere Ereignisse. Es hat die größten Auswirkungen – und gleichzeitig ist es der bewussten Erinnerung am wenigsten zugänglich. Ein Säugling verschmilzt die Erfahrungen, die er im Elternhaus in sich aufnimmt, mit seiner Persönlichkeit. Ein Kind nimmt tief in sich auf, dass die Welt so funktioniert, wie es das im Elternhaus erlebt.

Deshalb hat es entscheidende Bedeutung, ob Eltern als freundlich-zugewandt oder kühl, als gewährend oder geizig, als zuverlässig oder unzuverlässig erlebt und in sich aufgenommen (internalisiert) werden. Genau diese Erfahrungen prägen später auch das Bild über sich selbst, das ein Mensch mit ins Leben nimmt. Hatten die Eltern wenig Zuwendung für ein Kind übrig, könnte dieses den Leitsatz mit ins Leben nehmen: »Ich bin es nicht wert, dass man sich mit mir beschäftigt.« Bei unzuverlässigen Eltern vielleicht: »Ich muss ganz schnell zugreifen, wer weiß, wann ich wieder etwas bekomme.« Es gibt unzählige Möglichkeiten.

Ein Kind nimmt einen ganzen Satz von Erfahrungen mit Menschen, Gedanken über sich selbst und Regeln im Zusammenleben mit ins Leben. Einen bestimmten Blickwinkel sozusagen, aus dem heraus es die Außenwelt wahrnimmt und erfährt. Manches bleibt weitgehend verborgen, weil es gar nicht im vorgeprägten Gesichtsfeld erscheint. Und anderes erscheint überdeutlich. Natürlich ist auch sehr viel Gutes und Brauchbares dabei. Wer wollte bestreiten, dass es nicht sinnvoll gewesen ist, sprechen und laufen gelernt zu haben.

Aber es gibt kein Elternhaus, das nicht auch recht spezielle »Wahrheiten« mitgibt. Eltern sind auch nur Menschen – nämlich ebenfalls durch ihr Elternhaus machtvoll geprägte ehemalige Säuglinge.

Für unser Thema gilt es festzuhalten: Jeder Mensch hat in seiner Ursprungsfamilie (ob es eine größere Familie oder ein alleinerziehendes Elternteil war) einen ganzen Set an Prägungen, Vorstellungen über das Leben, über sich selbst und die Menschen mitbekommen. Und diesen Blickwinkel nimmt jeder Mensch zunächst einmal mit ins Leben. Sehr oft merken Menschen wenig davon, dass dieser Blickwinkel ziemlich speziell ist. So lange das Leben einigermaßen läuft, so lange wir unseren Platz in der Gesellschaft zur Verfügung gestellt bekommen, so lange es keine echten Krisen und Blockierungen gibt, halten wir es für die Normalität, und zwar für die einzig mögliche.

Insofern müssen Erklärungen, damit sie hilfreich werden, auch diese Bereiche miterfassen. Um einen weiteren Blick bekommen zu können, muss ich erst einmal etwas über meine Einschränkungen, meine Spezialitäten, meine tiefsitzenden Ängste erfahren. Ein Mensch muss sich in seinem ganz besonderen Gewordensein wahrnehmen und verstehen, damit er Alternativen erkennen kann. Und dann gilt

es auch, den weiteren Verlauf der Biografie einzubeziehen: Wo überall haben diese ganz frühen Prägungen sich in meinem Leben ausgewirkt und tun es bis heute?

Wie oben beschrieben, führen frühe Versagungen und Verbote oft zu inneren Konflikten. Jeder Mensch trägt eine Vielzahl von Konflikten in sich und immer wieder mit sich aus. Das gehört zu uns als sehr komplexe und in Entscheidungsfreiheit lebende Wesen. Krankmachend wird diese Tatsache nur, wenn wir für wichtige und schwerwiegende innere Konflikte keine Lösung finden, weil durch innere Verbote alle Lösungswege verbaut sind. Bestimmte, eigentlich wichtige und normale Lebensregungen mussten je länger desto mehr unterdrückt werden, weil sie verboten waren. Dabei geht es z. B. um den Wunsch nach guter Versorgung, um aggressive oder sexuelle Impulse, die nicht sein dürfen. Was nicht sein darf, kann aber auch nicht konstruktiv genutzt werden. Zum Beispiel ein gewisses Maß an Aggression, um eine nötige Grenze zu ziehen oder darauf zu bestehen, am Arbeitsplatz gerecht behandelt zu werden. Oder eine einigermaßen entspannte Beziehung zur eigenen Sexualität, um eine Partnerschaft beginnen zu können. Stattdessen tauchen diese Wünsche und Impulse (die natürlich nicht »weg« sind) dann in verschleierte Form irgendwo auf, treiben merkwürdige Blüten und richten eine Menge indirekten Schaden an.

Menschen, die wegen innerer Ge- und Verbote nicht in der Lage sind, unerträgliche innere Konflikte zu lösen, müssen deshalb – unbewusst – »faule Kompromisse« eingehen, um das Leben trotzdem einigermaßen erträglich zu gestalten. Diese beseitigen die vorhandenen Regungen und Impulse nicht wirklich, sondern verbannen sie nur von der Oberfläche der bewussten Wahrnehmung. Solche Kompromisse definieren den Bereich des Neurotischen. In der Tiefenpsychologie wird dieses unbewusste Nicht-mehr-wahr-

nehmbar-Machen Verdrängung genannt. Gemeint ist damit, dass unliebsame oder verbotene Inhalte aus dem Bewusstsein verbannt werden. Die Verdrängung hat viele Unterformen. Man könnte sagen: Das Unbewusste ist sehr erfinderisch darin, für einen Konflikt jeweils den Weg herauszufinden, auf dem dieser so unauffällig wie möglich beiseitegeschoben werden kann.

Der Gewinn an der Verdrängung und den daraus entstehenden neurotischen Kompromissen ist, dass vermieden werden kann, den Konflikt weiter wahrzunehmen und daran zu leiden. Der Preis ist, dass das Leben enger und langweiliger wird.

Und nicht selten treten auch an unvorhergesehenen Stellen Störungen ein, denen die Betroffenen hilflos gegenüberstehen.

Exkurs 1

Die kreative Vielfalt der Abwehrmechanismen

In der Psychoanalyse (► Kap. 7.2) wurden zahlreiche verschiedene dieser Mechanismen definiert, deren gemeinsames Ziel einzig und allein ist: unliebsame Inhalte nicht ins Bewusstsein dringen zu lassen. Besonders Anna Freud machte sich um die folgende Liste verdient, die bis heute nützlich und anwendbar ist.

- *Verdrängung*: Die Person verschiebt einen inneren Konflikt ins Unbewusste. Dadurch wird er mitsamt der daran hängenden Emotionen unerlebbar. Die »Verdrängung« ist gleichzeitig ein Dachbegriff für all die folgenden neurotischen Abwehrmechanismen.
- *Verleugnung*: Die Person wehrt von außen kommende Reize ab, sie erkennt äußere Realitäten nicht an.
- *Projektion*: Die Person verlagert einen (eigenen) Impuls in die Außenwelt. »Nicht ich bin aggressiv, sondern du bedrohst mich ständig mit deiner Wut!«

- *Reaktionsbildung*: Die Person ersetzt einen Impuls durch das direkte Gegenteil, z. B. »Übergüte« statt Aggression.
- *Intellektualisierung*: Die Person verlagert negative Impulse aus dem emotionalen Bereich in den intellektuell-theoretischen Bereich. »Ich mache mir keine Sorgen. Ich stelle nur generell fest, dass es im heutigen Wirtschaftsleben immer schwieriger wird, sich gegenüber der Konkurrenz zu behaupten.«
- *Rationalisierung*: Die Person ersetzt den tatsächlichen, aber für sie unbewusst nicht akzeptablen Grund für ihr Verhalten durch eine vernünftig wirkende Scheinerklärung. Zum Beispiel trennt sich ein Mann von seiner Partnerin, mit der er immer wieder in erbitterte Machtkämpfe hineingeraten war. Rationalisierung ist jetzt ein Weg, nicht weiter über eigene Anteile nachdenken zu müssen. Er erklärt: »Eine Architektin als Partnerin passt einfach nicht zu mir, das war ja gleich klar.«
- *Isolierung*: Die Person kann sich an ein Erlebnis erinnern, fühlt aber das dazugehörige Gefühl nicht.
- *Verschiebung*: Die Person verschiebt den Impuls (meist Aggression), der einer Person gilt, auf eine andere, weniger bedrohlich erlebte Person. Zum Beispiel kritisiert ein Manager seinen Mitarbeiter, obwohl ihn eigentlich eine unsinnige Anweisung des Chefs geärgert hat.
- *Wendung gegen das Selbst*: Zum Beispiel wird aus der Wut gegen mächtige Elternfiguren Wut auf sich selbst. Dies ist klassisch in der Depression (► Kap. 8.2).
- *Identifizierung mit dem Aggressor*: Die Person übernimmt Eigenschaften und Werte des Aggressors, um unerträgliche Angst erträglicher zu gestalten. Dazu gehört z. B. das »Stockholm-Syndrom« bei Flugzeugentführungen.
- *Regression*: Die Person gerät aufgrund bestimmter Auslöser in frühere Erlebnisweisen, die auf der psychischen Ebene einer bestimmten kindlichen Entwicklungsstufe entsprechen. Dieser Abwehrmechanismus ist eine Grundbedingung zur Entstehung der neurotischen Symptomatik.

- *Introjektion*: Die Person verinnerlicht frühere Bezugspersonen; sie handelt wie diese, z. B. strafend oder fordernd – vor allem sich selbst gegenüber.
- *Ungeschehenmachen*: Die Person erklärt die konfliktauslösende Ursache für nicht existent, übt stattdessen magische Abwehrrituale aus. Dieser Abwehrmechanismus wird besonders von Zwangskranken angewendet.

Fallbeispiel

Ein Beispiel für Abwehr: Ein Mann ist stark aggressionsgehemmt. In seinem Elternhaus wurden damals Widerworte brutal bestraft, strikte Unterordnung wurde eingefordert. Als Erwachsener versucht er, unter allen Umständen freundlich und hilfsbereit zu sein, was manchmal von anderen auch ausgenutzt wird. Unter den Nachbarn ist er als besonders nett bekannt. Er leidet aber daran, dass es in größeren Abständen immer wieder zu »Explosionen« kommt. Er schreit dann seine Frau und die Kinder regelrecht zusammen. Anschließend schämt er sich und weiß nicht, wie das passieren konnte. In Therapie begibt er sich, weil ihm die Ehefrau ernsthaft eine Trennung angedroht hat. Offensichtlich hat sich seine Aggression, die bis jetzt eigentlich nicht sein darf, unbewusst dieses – wenig hilfreiche – Ventil gesucht. Sein Hauptabwehrmechanismus ist die Reaktionsbildung (► Exkurs 1: »Die kreative Vielfalt der Abwehrmechanismen«, oben): übertriebene Freundlichkeit gerade dann, wenn sich innen immer mehr Ärger staut.

Das Leben eines Menschen wird störanfälliger, wenn er wichtige Inhalte abwehrt. Er bindet viel seiner Energie in der »Verwaltung« bzw. Bändigung innerer Konflikte. Wenn dann stärkere äußere Anforderungen oder Veränderungen eintreten, kann er nicht mehr ausreichend reagieren, um in der neuen Situation wieder einen guten Platz zu finden. Er wird krank. Seine Situation wird zur Sackgasse ohne Ausweg.

Meist entwickeln sich im Umkreis von Menschen mit starken inneren Konflikten auch immer mehr äußere Konflikte. Manche Patienten haben, wenn sie in Therapie kommen, schon eine ganze Kette von immer wieder ähnlichen (schlimmen) Erlebnissen hinter sich, die sie dann natürlich immer weiter frustriert. Ob das wiederholte Partnertrennungen sind, immer nach ein paar Jahren und einem hoffnungsvollen Anfang, ob es die Tatsache ist, immer wieder süchtige Partner zu haben, oder ob es immer wieder ähnlich strukturierte Konflikte am Arbeitsplatz sind – es gibt viele Möglichkeiten für Wiederholungen desselben Musters.

Um einem Menschen auf psychotherapeutischem Wege helfen zu können, ist es entscheidend, gemeinsam mit ihm seine wichtigsten destruktiven Muster zu erkennen und deren Herkunft zu verstehen. Lester Luborsky (1988) hat dafür den Begriff »zentraler Beziehungskonflikt« geprägt.

Hier sind Therapeuten Wegweiser. Sie wissen, welche Bereiche unbedingt dazugehören und was angeschaut werden muss, um ein umfassendes Bild eines Menschen zu erhalten. Ein weiterer Schritt ist, all diese einzelnen Erkenntnisse und Beobachtungen in einem guten Modell zusammenzufassen. Nur dann wird das Wissen anwendbar.

An dieser Stelle liegt ein entscheidendes Stück der therapeutischen Kompetenz. Ein fachlich guter Therapeut hat eine besondere Fähigkeit, solche umfassenden und stimmigen Modelle zu entwickeln. So lange noch alle möglichen Einzelheiten unverbunden nebeneinander stehen, ist ein guter Therapeut höchst unzufrieden. Es drängt ihn, immer weiter darüber nachzudenken, Fachwissen, Wahrnehmung und Intuition zu nutzen, um die Tatsachen zu integrieren. Steht ein brauchbares Modell, ist die Befriedigung, die ein engagierter Therapeut empfindet, durchaus vergleichbar