Christoph Wagner

Den Fluss des Lebens wiederfinden

Der existenzielle Ansatz für Ihre antidepressive Therapie

Den Fluss des Lebens wiederfinden

© Christoph Wagner, Hopferstadt 2025

Diese Broschüre ist urheberrechtlich geschützt.
Ausdruck und Vervielfältigung nur für private Zwecke gestattet.
Wenden Sie sich bei Fragen an den Autor.

Kontakt unter: www.wastutdirgut.de

Bild (Titelblatt und Rückseite): © Pixabay

Inhalt

Vorwort: Mehr aus dem Leben herausholen: trotzdem oder erst recht! 5

Wie das Buch zustande kam und was Sie erwartet, skizziert in groben Zügen. Und ein paar Worte über Mira und ihre Handicaps.

Einleitung: Schau öfter nach vorne! Neue Perspektiven für Therapie und Leben 11

Heilung nicht als Ziel, sondern als Prozess. Nicht etwas loswerden wollen, sondern: Mehr von dem machen, was klappt. Warum die Konfrontation mehr ist als eine exotische Methode. Was Chance in der Therapie bedeutet und wie es um die Chancen im wahren Leben steht.

01_Sie wollen weniger depressiv sein. Echt? Der Angst ins Auge schauen? 19

Depression als verdrängte Angst – und warum die verdrehte (Psycho)Logik: „Ich muss erst meine Depression loswerden“ nicht weiterhilft. Früh entstandene Ängste als solche erkennen. ABCDEF: Das kleine Alphabet von Halt und Herausforderungen im aktuellen Leben. Über reale, unterdrückte und projizierte Ängste.

02_Das Leben wagen: Mehr von dem, was klappt – auch wenn es mal nicht klappt … 29

Zurückschauen können die meisten, aber der Gradmesser für die Therapie ist, ob Sie nach vorne schauen und nach vorne gehen. Wegkommen vom „müssen“, hinkommen zum „wollen“ und „wagen“, auf die eigenen Kräfte bauen und an Potenziale glauben. Und alles in kleinen Schritten …

03_„Das tut man nicht …“ Raus aus der Überangepasstheit! 35

Wie aus der Lebenslüge unserer Erziehung „sei brav, dann wirst Du Befriedigung finden“ die Ideologie der Überangepasstheit wird: „das kann man doch wohl erwarten …“. Wo MAN war muss ICH werden. Schluss mit der pathologischen Loyalität! Geheimnisse und wie man sie am besten hütet.

04_Was werden bloß „die anderen“ denken? Von Moral, Schuld und Scham in der Therapie 43

Moral ist der Tod der Therapie – und die Schuldfrage so ziemlich das Letzte, was weiterhilft. Normal werden? Bitte nicht! Was „das schlechte Gewissen“

leistet bzw. wohin Sie nicht wirklich spüren wollen. What a shame: Therapeutischer Fortschritt (und Fortschritt im Leben) geht nicht, ohne Scham zuzulassen.

05_Wenn die Psychotherapie vom Sinn des Lebens spricht … geht es meist um Bedürfnisse 53

Wir sind hier nicht im Philosophieseminar. Die verdrehte Logik von Glück und Depression wieder vom Kopf auf die Füße stellen. Bedürfnisse sind immer berechtigt, aber nicht, wie wir damit umgehen. Oder: Echte Therapie macht keine Egoisten. Über „Verletzungen“ und ähnliche Manipulationsmechanismen.

06_Das „innere Kind“ versorgen heißt: Erwachsen werden 65

Von der Psychoanalyse zur postmoderne Psycho-Mode, von Übertragung und Regression zum „inneren Kind“. Muss Ihr „Kleiner“ bekommen, was er will? Finden Sie es attraktiv, erwachsen zu werden? Warum wir Konflikte lieben lernen (müssen), wenn wir falsche Gelassenheit und echte Depression hinter uns lassen wollen.

07_Die (Ohn)macht der Gewohnheit oder: Mit Ohnmacht umgehen lernen 75

Ohnmacht im Leben und in der Therapie: Wie das Trauma als Autobahn vom heute ins gestern führt. Warum die Trauma-Perspektive (auch) eine Falle sein kann. Ein besseres Leben ist möglich, wenn mehr Eigenverantwortung statt Opferhaltung praktiziert wird. Das lernen wir, in dem wir die konkreten Lebensängste bearbeiten.

08_Das Leben beginnt jetzt. Hören Sie auf, Bedingungen zu stellen! 89

Wer bemerkt, das ihm (ihr) Gutes passiert, dem (der) passiert häufiger Gutes. Jammern ist ein Menschenrecht, Schwarzmalerei nicht. Vermeidungsverhalten schützt die Betroffenen, zum Preis der Lebensfreude. Das therapeutische UND: gut und schlecht nebeneinander. Die Rolle der Achtsamkeit in der Therapie.

09_Ein Loblied auf Gelassenheit – und Konfliktbereitschaft! Über Bypassing als Form der Vermeidung 97

Parabel vom Bauer und seinem Pferd. Es geht nichts über inneren Frieden, solange er echt ist. Warum bei mir als Therapeut die Alarmglocken klingeln,

wenn depressive Patienten als Therapieziel Gelassenheit angeben. Über Spiritual Bypassing und andere Versuche, Konflikte und Herausforderungen zu vermeiden.

10_Rückschläge und Fehler warten auf Sie. Wie gehen Sie dann mit sich um? 105

Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie: Appetit auf ein neues Leben, der im Alltag nicht gestillt werden kann. Warum es dennoch nur mit Bereitschaft zu Risiken und Fehlern funktioniert: das neue Leben. Rückfallprophylaxe heißt: erstens kleine Schritte wählen, zweitens mit Rückschritten erwachsen umgehen (lernen).

11_Der Weg entsteht beim Gehen und viele kleine Schritte sind ein großer 111

Der unverdient schlechte Ruf des „Funktionsmodus“ unter Patienten oder: warum es ohne Verhaltenstherapie nichts wird mit dem besseren Leben. Skalieren lernen heißt, den Regler für Lebensqualität in die eigene Hand nehmen. Angst vor dem Alltag ist berechtigt. Zuversicht, dass es besser werden kann, auch.

Nachwort: Bedingungslose (Selbst-)Liebe praktizieren und hoffentlich Glück haben 129

Selbstliebe als erlernbare Praxis. Bedingungslose Liebe ist weniger utopisch als gedacht (klappt nur in exklusiven Beziehungen oft nicht). Was antwortet der Therapeut, wenn der Patient sagt: „Das kann ich nicht“? – „Noch nicht!“

Literatur 123

There is a Hole in My Sidewalk: Autobiographie in fünf Kapiteln 125

Fluss des Lebens © Christoph Wagner, wastutdirgut.de 2025

Vorwort

Mehr aus dem Leben herausholen: trotzdem oder erst recht!

Therapie ist keine Strafe, selbst wenn es sich für Momente oder Phasen so anfühlt, als wäre jetzt alles noch schlimmer. Therapie sollte das Gute daran sein, dass es Ihnen schlecht geht oder ging: die Entdeckung des Weges in ein besseres Leben, das im Grunde jetzt beginnen darf. Vielleicht kann Sie dieses Buch ein kleines Stück des Weges begleiten oder auch Ihnen als Wegweiser dienen, selbst wenn Sie sich für eine andere Richtung entscheiden.

Wie entstand das Buch? Manchmal fragen mich Patienten: „Kann man das irgendwo nachlesen, was Sie da erzählt haben?“ Dennoch kann ich nicht behaupten, dass mich jemand darum gebeten hat, ein Buch zu schreiben. Es war mein Wunsch, etwas zu verfassen, was mehr Nutzwert und mehr Haltbarkeit oder Nachhaltigkeit aufweist als ein sporadischer Blog-Text. Auch wollte ich mir selbst Klarheit zu verschaffen, wie es um die Zusammenhänge zwischen meinen therapeutischen Ideen steht.

Ich habe in sechs Jahren fast 200 Blog-Beiträge geschrieben, dass sollte wohl auch für ein Buch reichen, dachte ich. Nach mehreren Sichtungen der Blog-Stichworte und etlicher Texte war mir klar, dass ich mich beschränken muss, um es logisch und sinnvoll gestalten zu können. Am Ende kamen rund 50 Beiträge in die Auswahl, genaugenommen: es waren zu dem Zeitpunkt, als ich dieses Vorwort anfing zu schreiben, 48 (zwölf Kapitel mit je vier Beiträgen als Grundlage); und dann wurde ich unterbrochen.

Während ich am Buch tüftele, verbringe ich einen Teil meiner Ferien in einem Yoga Ashram, gehe täglich zu Meditation und Gesang und mache Yoga, sofern Mira mich lässt. Sie ist die zauberhafte Hündin (es gibt einen Blog dazu), die die meiste Zeit des Jahres nicht bei mir lebt, aber manchmal mit mir Urlaub macht. Wir haben es hier im Ashram wunderbar, jeder Tag, jede Stunde ist ein Geschenk. Nur das Waschbecken ist gerade total verstopft, da geht wirklich gar nichts. Natürlich könnte ich mir behelfen, es sind ja nur ein paar Tage, aber ich habe mich entschieden, das Problem nicht auszusitzen und mich am Infopoint gemeldet. Und da beginnt nun eine ganz eigene Zen-

Geschichte vom Guten am Schlechten. (Auf die Parabel „Gut. Schlecht. Wer weiß das schon?“ komme ich in einem Kapitel zurück.)

Es klopft an der Tür. Mira rastet aus, knurrt und bellt, stellt die Rückenhaare auf. Es ist einer der Haustechniker oder aus dem Bauteam, der das Waschbecken reparieren bzw. Rohr freibekommen will. Ich habe ihn vorgewarnt: Mira hat Angst, wenn jemand reinkommt, speziell vor Männern (und Kindern). Wir zwei gehen dann mal lieber raus, während er werkelt. Mira ist noch mächtig unter Strom. Aber kaum draußen, wedelt sie plötzlich stark mit dem Schwanz und springt in toller Vorfreude vor und zurück – und will nach vorne stürmen. Das kann doch nicht sein …

Mira hat Angst vor Männern, ich sprach davon, insbesondere wenn diese sie direkt anschauen oder gar auf sie zukommen. Da kommt ein Mann auf Mira zu, guckt ihr direkt in die Augen und sagt: „Na Du, Du bist auch so ein befreites Seelenwesen!“ Und Mira freut sich riesig, als hätte sie ihren besten Freund wiedergefunden (hallo Mira, dein bester Freund bin ich!). Es ist eine richtige Begrüßungszeremonie. Im Ashram gibt es manche Zeremonie, aber jetzt bin ich fassungslos und gerührt.

Der Mann heißt Jens, gehört zum Team und darf irgendwo Toiletten reinigen, geht gerade von einem Haus zum andern. Ich frage ihn, wie das kommt: dass Mira sich so freut. Er: „Ja und? Ich freue mich doch genauso.“ Dann erzählt er mir, bevor er weiter muss, etwas von Tieren als Meistern bedingungsloser Liebe. Und ich weiß jetzt, dass ich das Buch noch um ein Nachwort ergänzen werde, mit einem Wort: Liebe. Also sind es genau 50 Beiträge, die zur Grundlage des Buches wurden.

Vielleicht sollte ich Ihnen noch verraten, was Sie erwartet. Nun, ich hoffe, das Inhaltsverzeichnis gibt dazu einige Hinweise und Anregungen. Sie können sicher auch einzelne Kapitel mit Gewinn herauspicken.

Mein Grundkonzept von Psychotherapie könnte ich in gewisser Weise als „existenzialistisch“ in Anlehnung an diese Philosophie nennen, oder „existenziell“, weil „istisch“ sehr nach Ideologie und reiner Lehre klingt. Es ist kein Dogma, aber ich gehe theoretisch und in der therapeutischen Praxis davon aus, dass hinter oder unter vielen seelischen Leiden Ängste stecken, die meist nicht (voll) bewusst sind, Lebensängste – vor Herausforderungen, die vor den betreffenden liegen.

Therapie sollte sich mehr mit diesen konkreten Ängsten befassen als mit psychischen Symptomen wie Depressionen, Zwänge, somatoformen (psychisch bedingten körperlichen) Störungen oder auch scheinbar konkreten, aber absurden Ängsten (vor Krebs, unnatürlichem Tod etc.). Und auch wenn es gerade überhaupt nicht im Trend liegt: Ich bin überzeugt, dass viele Patienten sich zu viel mit ihren Traumata beschäftigen, statt auf die Ängste vor dem Leben zu schauen und wie sie daran konkret arbeiten können. Es ist selten die beste Idee, ausgerechnet in einer Lebenskrise, wo vieles über ihnen zusammenbricht und anderes beunruhigend ungewiss ist, daran zu gehen, ein Jahre oder Jahrzehnte zurückliegendes Trauma „auflösen“ zu wollen.

Noch einmal zu Mira, dem Straßenhund mit schlechten Erfahrungen mit Männern (und noch schlimmer: Kindern). Die meisten Hundebesitzer mit einem solchen Hund würden ihn nicht als Trauma-Hund bezeichnen, sondern als „Angst-Hund“, obwohl beides stimmt, aber das Trauma liegt in der Vergangenheit, die Angst ist aktuell. Und an ihr können wir arbeiten – beim Hund würde ja niemand auf die Idee kommen, Traumatherapie zu machen, das Trauma aufzulösen oder so etwas; sondern ihm beibringen, dass nicht alle Männer (oder Kinder) schlimm sind. Das klingt nach Verhaltenstherapie. Aus dieser „Ecke“ komme ich nicht. Doch heute bezweifle ich den Nutzen von Psychotherapien, die ohne verhaltenstherapeutische Anteile auszukommen meinen. Die Therapie beim Menschen hat im Vergleich zum Training mit Mira einen Riesenvorteil: Der Mensch kann sehr schnell begreifen, dass er nicht mehr in der alten Situation ist und dass z.B. nicht jeder Mann, der eine Stimme oder einen Bart wie der eigene Vater hat, der Vater ist oder auch nur so schlimm ist.

Das Ziel der Therapie besteht darin, dass die Patienten mehr aus dem Leben „herausholen“. Wer mich als Therapeut erlebt hat, weiß, wie ich darauf bestehe und herumreite: dass Sie ein besseres Leben führen, d.h. für Ihre Bedürfnisse sorgen lernen. Wer dies gelernt hat, ist kein Egoist, sondern ein Vorbild, denn die Befreiung des Individuums von Ängsten und Anpassungszwang führt zu besseren Beziehungen und echter Nächstenliebe.

Allerdings, gerade was so schön nach Freiheit und Humanismus klingt, hat seinen Preis: Die Aufgabe der Überangepasstheit, des Konformismus, ist mit Konflikten und Risiken, mit Enttäuschungen und Frustrationen verbunden; und mit Scham. Wenn wir unser Leben wirklich ändern, sehen uns andere

auf einmal ganz anders, und da meldet sich Scham: uns zu zeigen und zu uns zu stehen. Es ist ein irgendwie aufklärerisches Projekt, passend zum Legende gewordenen Ausspruch von Immanuel Kant: „Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbst verschuldeten Unmündigkeit."

Darin, im wirklichen Erwachsenwerden, die eigenen Bedürfnisse und Werte vertreten, liegt die Befreiung des Individuums, das Moment des „Breaking-Free" (Geneen Roth) von der Symptomatik und von den Fesseln der Vergangenheit; eine Form von Erwachsenwerden, die John Bradshaw, der Pionier der Arbeit mit dem inneren Kind, als „Homecoming" bezeichnete: da wir unser inneres Kind bei uns zu Hause ankommen lassen. Roth und Bradshaw, beiden war bewusst, aus eigener schmerzhafter Erfahrung „als Patient" oder „als Mensch", dass es auf diesem Weg immer wieder heftige Rückschläge gibt. Leben heißt: trotzdem und erst recht.

Dieses Buch und seine Botschaft stehen nicht in Konkurrenz zu dem, was ihr tiefenpsychologischer, verhaltenstherapeutischer oder systemischer Therapeut mit ihnen praktiziert. Sie betont bestimmte Aspekte, die ihnen diesen drei grundlegenden Richtungen auch angelegt sind, und ist geprägt davon, dass in der Klinik, in der ich arbeite, eine hohe Therapiedichte besteht (und ich ambulant nur Kurzzeitberatung anbiete), d.h. von letztlich intensivtherapeutischen Erfahrungen. Sicher auch von meinem eigenen Leben, dem Umgang mit Depressionen und Ängsten, mit Lebenskrisen und aktiv angestrebten Lebensveränderungen; last not least, von eigenen Erfahrungen als Patient in der Psychotherapie.

Ich habe als Patient, während eines Klinikaufenthalts (vor ca. zehn Jahren) für fünf Wochen eine Therapeutin in der Gruppentherapie erlebt, von der ich sagen würde, dass sie ähnlich konfrontativ und existentialistisch gearbeitet hat wie ich heute. Die meisten meiner Therapeuten haben mich dagegen im Wesentlichen nur „aufgebaut": gelobt, getröstet usw. Diese Art von Therapie ist nicht schlecht, ich möchte sie nicht missen und werde sie keinesfalls geringschätzen. Nur möchte ich als Therapeut, auch wegen der begrenzten Zeit, nicht so arbeiten. Sicher taugt mein Ansatz nicht für jede Patientin und jeden Patienten – vielleicht aber für Sie.

Apropos, auch wenn Sie nichts für dieses Buch bezahlen, möchte ich Sie vor vergeblicher Lektüre oder Enttäuschung (mit dem Buch) bewahren: Es ist

eher geeignet für Patienten, die die Tiefenpsychologie früher als „neurotisch“ bezeichnet hätte, also Depressionen, Phobien, Zwängen, psychosomatischen Symptomen und z.T. für Menschen mit Essstörungen. Wenn Sie unter einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung oder akuter bzw. reaktivierter Traumatisierung leiden, werden Sie weniger damit anfangen können. Es gibt ein Kapitel, in dem ich mich damit befasse, warum die ausgiebige therapeutische Beschäftigung mit Trauma manchmal eine Falle sein kann (Kap. 07) – vielleicht lesen Sie dies zuerst.

Viel Freude bei der Lektüre und ein paar lebenspraktisch verwertbare Erkenntnisse wünscht Ihnen oder Dir herzlich

Christoph Wagner

PS. Ich bin einer ganzen Reihe von Menschen sehr dankbar: Menschen, die mich begleitet und geprägt haben, auch als Therapeut. Da ich mir nicht sicher bin, ob sie damit einverstanden wären, hier genannt zu werden (manche wären vielleicht überrascht, dass ich sie so bedeutend finde), belasse ich es dabei: Ich verneige mich vor Euch!

Einleitung

Schau öfter nach vorne!
Neue Perspektiven für Therapie und Leben

Wie geht es weiter? Wird das wieder? Wie lange dauert es? Patientinnen möchten wissen, wie ihre Chancen stehen. Das ist in der Medizin meist schwer zu sagen, obwohl vielfach so getan wird, als könnte man anhand einer exakten Diagnose und einer dementsprechend maßgeschneiderten Therapie auch eine möglichst zeitnahe und vollständige Heilung gewährleisten. Für einen erschütternd großen Teil der „Fälle“ gilt: Schön wär’s.

In der Psychotherapie ist es noch schwieriger, vorausschauend über Heilung zu reden. Im Grunde ist der Begriff Heilung, sofern er sich nicht auf den Prozess, sondern ein fiktives Ziel bezieht (im Sinn von vollständiger Wiederherstellung), fragwürdig – nicht nur, weil dieses vermeintliche Ziel manchmal damit verwechselt wird, für immer glücklich zu werden oder zumindest nicht mehr unglücklich zu sein.

Heilung ist ein Prozess.
Beim Heilwerden schaukeln wir hin und her
zwischen den Misshandlungen der Vergangenheit
und der Fülle der Gegenwart und
bleiben immer öfter in der Gegenwart,
Es ist das Schaukeln, das die Heilung bewirkt
nicht das Stehenbleiben an einer der beiden Stellen.

Der Sinn des Heilwerdens ist nicht
für immer glücklich zu werden,
das ist unmöglich.
Der Sinn der Heilung ist,
wach zu sein und sein Leben zu leben,
nicht bei lebendigem Leibe zu sterben.
Heilung hängt damit zusammen,
gleichzeitig ganz und zerbrochen zu sein.

Der Text stammt von Geneen Roth, eine Pionierin der Therapie von Essstörungen, selbst von diesem Leiden betroffen. Sie hat vielen geholfen und weiß

daher genau, wiederum auch aus eigener Erfahrung, dass es keine gute Idee ist, die Heilung des psychischen Leidens zur Bedingung für ein besseres Leben zu machen, nach dem Motto „Ich muss erst noch …“ (meine Essstörung loswerden, meine Depression überwinden usw.).

Psychotherapie dient akut zunächst der Stabilisierung. Daneben steigert sie die Selbsterkenntnis und die Selbstwirksamkeit: also die Kapazität, auf die eigenen Ressourcen zuzugreifen und sich Herausforderungen zu stellen.

In diesem Prozess des „Heilwerdens“ können seelische Wunden heilen. Doch in der Psychotherapie geht es nicht nur um Wunden, sondern auch um jene Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster, die aus den alten Verletzungen oder aus Angst vor solchen Verletzungen entstanden sind, um die Mechanismen, mit denen wir uns selbst Verletzungen zufügen (etwa, weil wir etwas verlieren oder etwas nicht das bekommen, was wir uns wünschen), es geht um wiederkehrende innere und äußere Konflikte, denen sich die Betroffenen stellen. Es geht um die Neuentdeckung des Lebens mit anderen Augen. Die entscheidende Frage für Therapeuten lautet also nicht: „Werden Sie wieder gesund?“ Sondern: „Inwiefern gelingt es durch die Therapie, dass Sie baldmöglichst ein besseres, insofern gesünderes Leben führen?“

Therapie hilft und lehrt, ja, sie ist ein Lernprozess. Wir lernen, mit den eigenen Störungen und den Störungen anderer Menschen besser zu leben. Das bedeutet, dass wir uns und andere vom Ideal oder der Norm befreien, normal sein zu müssen oder gar werden zu wollen. Therapie hat viel mit der Befreiung des Individuums zu tun: Wir stellen eine neue Balance her zwischen dem Bedürfnis dazuzugehören und unserem Recht auf Individualität, auch mit dem Recht auf unser Schicksal.

Psychotherapie hat mit vielen Widersprüchen, oder, benennen wir das philosophischer, Paradoxien, zu tun: dass Sie gut genug sind, genau so wie Sie sind UND dass Sie sich verändern müssen und wollen; dass Sie Ihre Grenzen akzeptieren UND dass Sie sie erweitern und Grenzüberschreitungen wagen; dass Sie große Träume haben dürfen UND dass die konkreten Ziele möglichst realistisch und kleinschrittig gewählt werden.

Eine sinnvolle therapeutische Strategie orientiert sich allgemein am Ziel einer steigenden „Lebenstauglichkeit“ des Klienten. Patientinnen und Patienten hören das bisweilen mit großer Skepsis, so als wollte ich Sie nur schnell

wieder „funktionsfähig“ machen. Doch wir Therapeuten arbeiten weder für die Gesellschaft noch Ihren Arbeitgeber noch Ihre Familie oder wer sonst noch Erwartungen an Sie hat. Wir arbeiten nur für Sie, damit Sie mehr vom Leben haben. Und ja, mehr vom Leben in dieser realen Welt, in dieser Gesellschaft.

Ich bin weder ein Berater für Aussteiger noch unterstütze ich Sie bei der Weltrevolution, die Schluss macht mit „dem kranken System“. Ja, man kann darüber philosophieren oder politisieren, wer hier eigentlich krank ist – Sie oder die Gesellschaft oder all jene, die sich für „normal“ halten. Doch Sie wollen, dass es Ihnen besser geht, und sind deswegen in Therapie. Systemische Therapeuten haben Therapieerfolg mal ganz einfach „definiert“: Es geht darum, dass Sie im Leben mehr von dem machen, was gut für Sie ist und funktioniert, weniger von dem machen, was nicht gut tut oder gar nicht funktioniert (obwohl es gut tun würde) – und ab und zu Neues auszuprobieren. Da ist nirgendwo von Heilung die Rede. Aber man kann die Lebensfreude zwischen den Zeilen heraushören!

Patienten verbinden mit Therapieerfolg oft in erster Linie, dass sie etwas „loswerden“ könnten (Ängste, Trauer, Depressionen, Schmerzen). Zum einen ist dieses Bild vom Loswerden problematisch, vor allem wenn das Loswerden zur Bedingung für ein besseres Leben gemacht wird. Zum andern: Und was wäre dann, wenn sie es „losgeworden“ sind? Was würden Sie anders machen im Leben, wenn Sie „geheilt“ wären? Oft könnte sich die Frage anschließen: Warum tun Sie es nicht jetzt schon? Meist lautet die Antwort: Sie vermeiden Konflikte! (Darauf kommen wir später …) Oder Sie haben Angst, Neuland zu betreten.

Zum Therapieerfolg gehört der gesteigerte Mut, das Neue immer öfter zu wagen, dabei auch Risiken einzugehen, ja, frustriert und enttäuscht zu werden und sich dabei erwachsen zu verhalten. Zum Therapieerfolg gehört, Altes loszulassen. Wenn der Partner seit Jahren tot ist, macht es keinen Sinn, für seine Wiederkehr zu beten. Wenn Vater und Mutter es in 50 Jahren nicht geschafft haben, wirklich Papi und Mami zu sein, wird es Ihnen auch in den nächsten 20 Jahren nicht gelingen.

Sie erwarten etwas von der Therapie, ich erwarte etwas von Ihnen: Dass Sie bereit sind, für andere Perspektiven. Tatsächlich habe ich so etwas wie einen

eigenen Therapiestil. Viele Patientinnen und Patienten sind aus diesem Grund schon in meine Sprechstunde gekommen. Die Palette an Wünschen reicht von „Herr Wagner, ich brauche mal einen anderen Blick …“ über „Ich will heute mal eine ehrliche Meinung hören …“ bis hin zu „Können Sie mir mal ordentlich den Kopf waschen?“ Ich nenne meinen Stil die Konfrontationsmethode, immer im Bewusstsein, dass in der Psychotherapie mindestens 50 Prozent Empathie sein sollten.

Konfrontation, das Wort hat einen abschreckenden Klang, gerade auch in der Therapie. Konfrontation bedeutet, dem Patienten zu helfen, der Realität ins Auge zu sehen. Und dazu muss ich als Therapeut auf der Basis meiner Kenntnisse des Patienten, aber auch meiner Gefühle und Phantasien, immer wieder Spekulationen riskieren, muss ihm „spiegeln“, wie ich ihn im Hier und Jetzt erlebe und was ich daher für das Leben außerhalb der Therapie vermute: „Was Ihnen hier passiert und wie ich Sie wahrnehme, das passiert Ihnen auch draußen im Leben.“ Es handelt sich um eine Art ungeschminkte Ehrlichkeit, ein unzensiertes Denken – welches wir dem Patienten ja so dringend beibringen wollen: unzensiert denken und fühlen. Dies kann zunächst ein Schock sein, doch viele Patienten, die im ersten Moment entsetzt sind, sagen häufig noch in der gleichen Stunde, dass ihnen schlagartig manches klar geworden sei.

Wie oft habe ich schon beim Blick aus dem Fenster Patienten hervorragend Tischtennis spielen sehen (das kann ich einigermaßen beurteilen) und eine Menge Spaß haben, lachen, sich mit anderen Patienten umarmen usw. – aber eine halbe Stunde später in der Therapie erzählen sie, dass es ihnen noch nie so schlecht ging, ja, dass jetzt alles sogar noch schlimmer sei als vor der Klinik. Da darf die „konfrontative“ Frage erlaubt sein, was Therapie so schrecklich macht, dass es ihr dort immer hundselend gehen muss. Oder wenn ein Patient wiederholt darüber klagt, dass er „alles“ verloren habe und niemand zu ihm hält, aber ich weiß, dass er nicht nur ein Haus besitzt, sondern auch drei Kinder hat, von denen zwei am Wochenende zu Besuch kamen und außerdem seinen Hund mitgebracht haben. Warum, so die „konfrontative“ Frage, ist es für ihn so wichtig, immer wieder in den Klagemodus und ins Schwarzweißdenken (alles, niemand) zu gehen – und wovon lenkt dies ab?

Im Grunde könnte man die Methode der Konfrontation auch als konfrontierendes Spiegeln bezeichnen, denn ich beziehe Aspekte ins Spiegeln ein, die

der Patient gerade nicht sehen kann: Etwa wenn ich der Patientin sage, dass ich sie gerade eher wie 14 als wie 40 Jahre alt erlebe; es ist etwas für andere Offensichtliches, also würde man es in einem „Spiegel“ auch sehen, aber sie selbst sieht es gerade nicht. Oder wenn ich einen Patienten darauf hinweise, dass er zum wiederholten Male der Gruppe die traurige Geschichte erzählt, wie ihn seine Mutter zu früh in der Krippe abgegeben hat – aber immer noch nicht daran arbeitet, dass seine Frau sich gerade jetzt, wo er (und warum er letztlich) in der Klinik ist, von ihm trennen will.

Der Schwenk von der Vergangenheit in Gegenwart und Zukunft ist eine der wichtigsten Konfrontationen: Patienten neigen dazu, die Vergangenheit mehr oder weniger breit und wiederholt darzustellen und dafür Mitgefühl zu erwarten. Es scheint immer noch das vorherrschende Verständnis zu sein, dies sei Psychotherapie. Doch unsere Leitfrage sollte lauten: „Was muss anders werden in Ihrem Leben?“ Natürlich war und ist es schlimm, dass der Patient (z.B.) von seiner Mutter nicht genug Liebe bekam, und das soll der Therapeut auch bezeugen, aber jetzt geht es doch darum, dass der Patient unter einem ganz aktuellen Beziehungsabbruch leidet, dass er längst erwachsen ist und gegenüber seiner scheidungswilligen Frau eben kein hilfloses Baby mehr!

Die Angst vor der Konfrontation (auf beiden Seiten) hat viel mit dem zu tun, was Tiefenpsychologen Übertragung nennen: dass der Patient den Therapeuten mit dem Vater verwechselt. „Papi ist heute aber wieder streng mit mir“. Es ist jedoch überhaupt nicht streng, sondern therapeutisch-liebevoll, die Realität zu benennen und den Patienten als Erwachsenen zu behandeln, der der Realität durchaus ins Auge schauen kann. Konfrontation bringt für den Patienten im Idealfall eine unerwartete und große Erleichterung: gesehen zu werden nicht nur mit dem, was er erzählt, sondern mit etwas, das er gerne verdrängt, also sogar vor sich selbst verheimlicht, das fette therapeutische Thema, das er vor sich herschiebt. Puh, endlich ist es raus und auf dem Tisch.

Ich vermute, diese therapeutische Sicht der Dinge wird Ihnen in dieser Schrift immer wieder begegnen. Etwa in der Mitte des Buches steht das Kapitel „Endlich erwachsen werden“. Ja, es ist verrückt, heute wollen fast alle Patientinnen und Patienten „innere-Kind-Arbeit“ machen. Ich bin dabei, schon viel länger als Sie, aber erschütternd wenigen von Ihnen ist klar, dass es dabei um ein Ziel geht: erwachsen zu werden, den kindlichen Anteilen nicht

länger das Kommando zu überlassen, sondern als Erwachsener für sie zu sorgen.

Das Wort Chance taucht in der Psychotherapie erschütternd selten auf. Vielleicht liegt das daran: Wenn es uns schlecht geht, hören wir den Aphorismus von der „Krise als Chance“ nicht gern oder finden ihn sogar völlig unpassend, und wenn es uns wieder besser geht, klingt er auch nicht besonders originell. Das weiß doch jeder, dass man im Nachhinein manches anders sieht. Nichtsdestotrotz müssen wir auf die Chancen hinarbeiten, die die Krise und die Therapie bieten.

Chancen sind allerdings mit Risiken verbunden, sonst hießen sie nicht Chancen, sondern Sicherheiten oder garantiertes Glück. Menschen mit Depressionen scheuen oft Konflikte und Risiken. Deshalb brauchen Sie unseren Beistand! Angstbesetzte Glaubenssätze, auch wenn sie nicht bewusst sind, steuern ihr Verhalten: „Das geht bestimmt wieder schief.“ „Ich schaffe es sowieso nicht.“ „Zwecklos, das macht doch keinen Sinn.“ Eine der größten Chancen der Psychotherapie besteht genau darin, dass Klienten konflikt- und risikofreudiger und auch frustrationstoleranter werden. Sie lernen mehr für sich und ihre Bedürfnisse einzutreten, womit ihre Chancen steigen, dass sie etwas davon auch in den privaten und beruflichen Beziehungen umsetzen.

Manchmal braucht es Ermutigung oder gar Unterstützung von außen (auch da könnte der Therapeut eine Rolle spielen), damit der Betreffende hartnäckig bleibt, nicht zu schnell aufgibt und in alte Muster zurückfällt. Und manchmal ist eine vertane Chance überhaupt nichts, was zu bedauern wäre, weil gar keine echte Chance bestand. Viele Gelegenheiten für einen anderen Blickwinkel, zu dem der Therapeut verhilft.

Der Wechsel in den Chancenmodus beruht letztlich, wie oben erläutert, auf Therapieeinsicht bzw. -verständnis. Unsere Aufgabe als Therapeuten ist u.a., mit dem Patienten Chancen zu finden, an denen er/sie seine Selbstwirksamkeit spüren kann. Die Chancenperspektive hat aber auch mit der Bereitschaft zu tun, Fehler zu machen oder zu scheitern. Jede Chance, die wir ergreifen und an der wir scheitern, ist eine Gelegenheit, die eigene Frustrationstoleranz zu trainieren, und das bedeutet vor allem: die eigene Selbstakzeptanz oder Selbstliebe. Vor allem im Scheitern können wir spüren, dass wir okay sind, so wie wir sind.

Ich habe immer wieder mit Patienten zu tun gehabt, die zunächst großen Widerstand gegen die Therapie (in der Gruppe, in der Klinik oder in speziellen Angeboten) zeigten und sich im Laufe von ein paar Wochen gewissermaßen radikal wandelten und beim Abschied so etwas sagten wie, es sei die schönste Zeit ihres Lebens gewesen. Das verursacht mir schon etwas Unbehagen (denn die schönste Zeit sollte das wahre Leben sein), wiewohl ich es verstehen kann. Tatsächlich stehen die Chancen „im wahren Leben“, also die Wahrscheinlichkeit, Erfolg zu haben mit den Veränderungswünschen, oft nicht so gut wie die Chancen, sich in der Therapie, zumal in einer Klinik, zurecht zu finden. Daher ist die Vorbereitung auf Rückschläge ein so wichtiger Teil der Therapie – und auch dieses „Therapiebegleitbuches“. Es geht nicht nur um Glück, sondern auch um Gelassenheit: Sich um das kümmern, was man ändern kann, und das loslassen, was man nicht ändern kann.

Kapitel 01

Sie wollen weniger depressiv sein. Echt? Der Angst ins Auge schauen?

Die Depression ist so etwas wie eine Allerweltsdiagnose, was nicht heißen soll, dass sie zu oft gestellt wird. Nur verrät sie in der Regel nicht viel über den Betroffenen. Gedrückte Stimmung und eine allgemeine Freud- und Lustlosigkeit, verbunden mit Antriebsmangel, das sind Symptome, die die meisten von ihnen zeigen. Die Ursachen können sehr verschieden sein. Manchen Patienten wurde vom Psychiater gesagt, ihre Depression sei „endogen“, d.h. da lässt sich nichts therapeutisch machen, nur mit Medikamenten eine leichte Besserung erzielen. Ich habe das in der Begleitung von Patienten oft genug als nicht zutreffend erlebt.

Nicht auf alle, aber auf einen Großteil von Menschen mit Depressionen scheint mir dagegen mein diagnostisches wie therapeutisches Konzept zuzutreffen. Demnach entstehen Depressionen durch die (oft, aber nicht immer unbewusste) Unterdrückung von einzelnen Gefühlen, v.a. von Ängsten, aber auch von Wut, Trauer und Scham. Da Gefühle Anzeiger dafür sind, wie es um unsere Bedürfnisse steht, müssen bei diesem Prozess auch die eigenen Bedürfnisse verdrängt werden.

Gefühle lassen sich kaum selektiv und einzeln unterdrücken, somit hemmt dieser vermeintliche Schutzmechanismus insgesamt das gesamte emotionale Spektrum und die Schwingungsfähigkeit. So kommt es zu dem Grau in Grau, das manche Betroffene allerdings noch schön reden. Fragt man sie, wie es geht, antworten sie: „passt schon“, „alles okay“ usw. Danach gefragt, was sie brauchen, also nach den Bedürfnissen, sagen sie: „weiß nicht“.

Hinter der Abwehr von Angst stehen oft tiefsitzende Ohnmachtsgefühle. Wer etwa seinem Vater schon 40 Jahre „unterlegen“ ist, sich von ihm noch wie ein kleiner Junge herumkommandieren lässt und schlimmstenfalls unter seinem Dach wohnt, der traut sich in Momenten einfach nicht zu, sich erwachsen zu verhalten. Typisch ist die diffuse Wahrnehmung: „Ich schaffe es nicht.“ Interessanterweise wird dies aber im Verlauf der Erkrankung oft auf die Depression bezogen: Ich schaffe es nicht, weil ich depressiv bin (hier liegt dann eine ungünstige „Identifikation“ mit der Diagnose vor), und nicht auf die

ursprünglichen Ängste. Die Betroffenen wollen dann „erst“ die Depression loswerden, bevor sie sich ihren Lebensaufgaben und -ängsten stellen. Doch so wird das nichts!

Einschneidende Lebensereignisse können eine Depression aktivieren, daher wird Depression oft als länger anhaltende Trauer verstanden, was aber in die Irre führen kann. Es ist nämlich auf Dauer weniger die Trauer über den Unfall, den Jobverlust oder den Tod des Partners, sondern vielmehr die Angst – es unter diesen Bedingungen nicht zu schaffen: das Leben – die die Dynamik bestimmt. Da die Angst aber verdrängt oder auf die Depression abgewälzt wird (ich bin ängstlich, weil ich depressiv bin), tun sich die Betroffenen oft schwer mit einer lösungsorientierten Perspektive auf ihre Herausforderungen, sie klammern sich scheinbar an ihre Trauer, so kann es sich zumindest für den Therapeuten anfühlen. Hinter dem Nicht-loslassen-können steckt oft der mangelnde Lebensmut.

Depressiv sein ist zwar nicht besonders schick, aber Ängste sind für viele Betroffene noch schwieriger einzugestehen. Das dürfte allerdings nicht der Hauptgrund für die tiefsitzende Abwehr von Ängsten sein. Vielmehr geht es dabei um fundamentale Vernichtungs- und Verlassenheitsängste, denen sich die Betroffenen nicht stellen können – oder ihre innere Weisheit, ihre Abwehrzentrale glaubt, dass sie es nicht können. Oft handelt es sich z.B. um Menschen, die in ihrem Selbstwert gestört sind, die sich tiefsitzend unwert fühlen und ihren Selbstwert über Leistung und Anerkennung oder über den Partner versucht haben aufzubauen. Ist dieser Ausweg auf einmal beschädigt oder bedroht, tritt die Depression auf.

Was oft spät im Erwachsenenleben auf diese Weise passieren kann, hat seine Wurzeln noch öfter in der frühen Kindheit. Nach Verena Kast liegt die Prägesituation für diese Dynamik vermutlich im ersten Lebenshalbjahr. Wenn das Kleinkind zu wenig gesehen und gehört wird, wenn seine Erregungen und Aufregungen nicht reguliert werden, fehlt die Basis für das Urvertrauen, auf dem sich Selbstwert bilden kann. Statt dessen bildet sich leicht eine tendenziell depressive Struktur: Betroffene versuchen, die Normen und Anforderungen zu erfüllen – leben nach der Devise „wenn ich gut genug bin (genug leiste), werde ich geliebt“, verwechseln Liebe mit Anerkennung. Diese Überforderungsstrategie führt möglicherweise zu großen Leistungen (auch im

Bereich der Beziehungen) und eventuell zu Anerkennung, oft aber auch in den Burnout, jedenfalls selten zu Liebe.

Vermutlich geht es bei dem existentiellen Gefühl des Nicht-gut-genug-seins um grundlegende Zweifel an der Selbstwirksamkeit. Mich erinnert die typische Reaktion auf besondere Belastungssituationen: „ich schaffe das nicht“ oder „ich kann das nicht“ an die therapeutische Fabel „Der angekettete Elefant“ von Jorge Bucay. Der war als Baby-Elefant angekettet und bildet sich als ausgewachsener Elefant immer noch ein, so schwach, ohnmächtig und gefangen zu sein. Ich kann das nicht, weil ich es damals nicht konnte, als ich ganz klein war – vielleicht auch weil mir damals, als ich es noch nicht allein konnte und Unterstützung gebraucht hätte, nicht geholfen wurde. Heute allerdings bin ich eigentlich in vielen Situationen nicht dermaßen stark auf Hilfe angewiesen, ich fühle mich aber noch so. Oder ich habe mich regelrecht darin eingerichtet, ein kleiner Elefant geblieben zu sein, weil z.B. der Partner und der Chef mich so lieben – bis diese „wegfallen“.

Lautet die Devise also „Mut zur Angst“? Jein. Erstens Ja: Wenn wir uns den Ängsten stellen, blüht unsere Gefühlswelt wieder auf, die Depression reduziert sich, unsere Beziehungen werden befriedigender, was wiederum auf Selbstvertrauen zurückwirkt. Zweitens Nein: Es gibt nicht den „Schalter“, den man umlegen könnte, um diesen „Mut zur Angst“ zu aktivieren. So nach dem naiven Motto: „Sei mal mutig!“ (d.h. stell Dich nicht so an). Oft muss erst über viele kleine Schritte das Bewusstsein für die Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Sich der Angst zu stellen, das funktioniert nur freiwillig. Sie sind offenbar dazu bereit. Ich auch. Wenn wir nicht vor den konkreten Lebensängsten und Herausforderungen davonlaufen, wird allein dies unser Selbstvertrauen stärken und die Chancen auf mehr gute Momente verbessern.

Aus welchem Anlass kommen Patientinnen in die Psychotherapie? Um das herauszufinden, wende ich eine eigene „Anamnese“ an, man könnte auch sagen, ich stelle eine eigenartige „Diagnose“. Dafür verwende ich einen „Baustellen-Check“, eine „Psychoanalyse“ der harten Fakten: Wie viel Halt hat der Patient im aktuellen Leben und mit welchen realen Herausforderungen hat er derzeit zu kämpfen? Die meisten Menschen bekommen Halt im Leben durch drei oder vier „Baustellen“, und die meisten Psychotherapie-Patienten haben auf einer oder zwei dieser drei Baustellen akut massive Probleme. Genau das

bringt sie in die Psychotherapie – Es geht nicht mehr so weiter! – und nicht z.B. lang vergangene Traumata oder sonstige schlimmen Erlebnisse von anno tobac.

Klingt das für Sie zu einfach, um wahr zu sein, zu wenig psychotherapeutisch? Ich habe ein paar Tausend Patientinnen und Patienten ansatzweise, und einige Hundert gründlicher kennengelernt, und kann Ihnen versichern: Meist ist es so einfach! Vielleicht denken Sie sie jetzt: „Aber bei mir ist es anders!“ Auch das habe ich schon oft gehört: „Ich gehe gern zur Arbeit. Meine Partnerschaft erlebe ich als unterstützend. Mit meiner Herkunftsfamilie bin ich fein.“ Und nach zwei, drei Wochen stellt sich raus, es stimmt halt nicht. Nicht weil ich angelogen wurde, sondern weil viele Menschen vieles verdrängen – und deshalb depressiv werden. Es kann aber auch sein, dass andere „Baustellen“ das Hauptproblem darstellen. Die große Bedeutung der Prägungen aus der Vergangenheit, wie ich sie oben dargestellt habe, will ich nicht leugnen. Wir sollten uns aber therapeutisch nicht in der Vergangenheit verirren oder der Faszination (d.h. Fesselung!) durch die frühen Prägungen oder Traumata erliegen.

Um welche Baustellen geht es beim ABC-Check? Zunächst Arbeit, Beziehung, Herkunftsfamilie (die ich, um hier ABC zu haben, Clan nenne). Wollen wir mal eben den Baustellen-Check für Sie machen?

Arbeit: Haben Sie einen Job, den Sie gerne machen, oder müssen Sie sich Tag für Tag zur Arbeit quälen? Ist Ihr Beruf mit Erfüllung und Anerkennung verbunden oder haben Sie ständig Angst, das Pensum nicht zu schaffen oder in den Konflikten nicht bestehen zu können? Sind Sie vielleicht schon deutlich vor der Zeit berentet worden oder hatten noch nie eine längere, feste Anstellung – wie bekommen Sie dann Struktur in den Alltag und woher beziehen Sie ihre Anerkennung und Zufriedenheit mit dem eigenen Tun?

Beziehung und (eigene) Familie: Haben Sie eine Partnerschaft? Wenn ja, wie läuft’s da so? Wenn nein, wann hatten sie zuletzt eine Partnerschaft, wie erfüllend war sie, wie ging sie zu Ende? Haben Sie vielleicht sogar das Thema Beziehung schon abgeschrieben? Je nach Alter: Wünschen Sie sich Kinder und wie stehen die Chancen dafür? Haben Sie das Thema Kinder und Familie abgeschrieben? Haben Sie eine eigene Familie (gegründet)? Wie ist das Verhältnis zu ihren Kindern? Wer allein ist, trägt ein größeres Risiko für

psychische Erkrankungen – das muss zwar nicht so sein, aber wir sollten jedenfalls genau hinschauen, ob das Thema Beziehung (und eigene Familie) Halt oder Herausforderung oder beides ist.

Clan: Über das, was irgendwann in grauer Vergangenheit in der Familie des Patienten schiefgelaufen ist, was Papi und Mai überspitzt gesagt „verbrochen“ haben, darüber wird in der Therapie meist mehr als genug gesprochen (auch wenn es sicher einzelne Therapeuten und immer wieder auch Patienten gibt, die darauf partout nicht schauen wollen, das ist aber die Minderheit). Bei unserem Check geht es dagegen um die aktuellen Verstrickungen mit der Herkunftsfamilie: Wohnt Papa im Haus und behandelt Sie immer noch wie 12, obwohl Sie bereits 52 sind? Lebt Mama in der gleichen Straße und bestimmt seit Jahrzehnten Ihren Wochenplan (etwa wo sonntags gegessen wird und wer kocht), aber Sie trauen sich nicht, sich abzugrenzen, aus Angst „sie zu verletzen“? Sind Sie mit ihren Geschwistern seit Jahren total zerstritten, verstehen sich aber bestens mit einem Neffen oder einer Nichte? Oder, na klar, das gibt es ja auch, erleben Sie die Herkunftsfamilie als wichtigen Halt und Unterstützung in Ihren Krisen?

Aufschlussreich ist auch, welche Rangfolge der Patient diesen drei Themen A, B und C gibt. Ich erinnere mich an einen Patienten, Mitte 50, der ständig darüber reden wollte, dass er bei der Erbschaft benachteiligt worden sei. Was zunächst ganz plausibel erschien, hat sich nach und nach als Stellvertreterthema entpuppt, d.h. ein Thema, an dem alle Emotionen irgendwie abgearbeitet werden können – ohne dass der Betreffende etwas an seinem Leben ändern muss (u.a. weil die Erbschaftsgeschichte seit zehn Jahren erledigt war), eine Scheinbaustelle, die uns in der Therapie daran hindert, auf die Baustelle zu schauen, wo es wirklich brennt: In dem Fall ging es darum, dass der Patient nicht mehr arbeiten gehen wollte oder konnte, aber darüber nicht bereit war zu reden. (Der Antrag auf vorzeitige Berentung war von der Rentenversicherung abgelehnt worden.)

Niemand geht einfach mal so in die Psychotherapie, etwa weil ihm plötzlich die Erkenntnis kam, er müsste jetzt endlich mal „mein Trauma auflösen“ oder „Licht in die Vergangenheit bringen“. Wieso und wozu gerade jetzt, nachdem Sie 10, 20 oder 40 Jahre ohne solche therapeutischen Erleuchtungen mehr oder wenig tauglich durchs Leben kamen? Manchmal scheint alles

in Ordnung auf den drei Hauptbaustellen. Dann zeigt sich bei den „sonstigen Fragen“ im Rahmen des Checks etwas Aufschlussreiches:

Dach überm Kopf: Haben Sie einen Mietvertrag? Leben Sie in einem Bauwagen? Oder „besitzen“ Sie ein überschuldetes oder verfallenes Haus? Manche Menschen, v.a. jüngere Patientinnen und Patienten, haben gar kein Zuhause, auch wenn das auf den ersten Blick nicht ersichtlich ist. Sie wohnen in wechselnden „Bleiben“, ungeklärten Mietverhältnissen, Wohngemeinschaften oder mit 35 oder 40 Jahren „vorübergehend“ wieder bei Mama und Papa. (Und der Papa kommt und geht in ihr Zimmer, als wäre es noch ein Kinderzimmer.) Oder sie leben im Elternhaus, ihre Mutter hat Wohnrecht auf Lebenszeit und sagt ihnen, wo es langgeht.

Einkommen: Wie steht es um Ihre Finanzen? Auch wenn Beruf und Partnerschaft passen und die Herkunftsfamilie als unterstützend erlebt wird: Wenn Sie bis über beide Ohren verschuldet sind, haben Sie ein Problem. Ich habe es schon wiederholt erlebt, dass Patienten stundenlang über ihre traumatische Kindheit gesprochen haben, und sicher nicht bei mir zum ersten Mal, aber die akute Schuldenproblematik erst nach Wochen und durch Nachhaken herauskam. Psychotherapie kann Ihnen helfen, sich dem Problem wirklich zu stellen – und den psychischen Herausforderungen, die damit verbunden sind, u.a. Scham- und Schuldgefühle, Selbstwertverlust, oder auch Partnerschaftskrisen, z.B. wenn das Haus verkauft werden muss. Die Frage nach den finanziellen Verhältnissen führt auch manchmal zu den Hauptbaustellen zurück – warum z.B. wider alle Vernunft an einem Job festgehalten wird oder warum man Eltern, die einen missbraucht haben, treu bleibt; vielleicht weil ein Erbe aussteht.

Freundschaft: Haben Sie Freunde und welche Bedeutung haben diese für Sie? Manch einer lebt nur für Beruf und Partnerschaft. Das kann klappen, ist aber riskant. Andere leben nur für den Beruf. Das klappt so gut wie nie dauerhaft. Freunde sind gut! Aber tun Ihnen Ihre Freunde wirklich gut? Ich habe immer wieder Patientinnen, die, wie es im Therapeutenjargon heißt, dysfunktionale Freundschaften „pflegen“, die z.B. sehr einseitig sind, die kein „Nein“ zulassen. Oder denken Sie an Patienten, die nach der Klinik zurück in einen Freundeskreis kommen, wo alle anderen „konsumieren“ (Alkohol, Cannabis o.a.). Apropos, Drogenkonsum ist auch etwas, das unbedingt abgefragt werden muss bei meinem Check!

Wir sollten uns nicht wundern, wenn Patienten, die wir anamnestisch nicht durch den Baustellen-Check getestet haben, sich „komisch“ in der Therapie verhalten. Dann verstehen wir noch nicht, worin ihre akuten Probleme im wahren Leben bestehen. Ein junger Mann, knapp unter 30, hat gerade seine dritte oder vierte Ausbildung abgebrochen, jetzt wollen ihn die Eltern nicht mehr unterstützen, dadurch wird auch seine Einkommens- und Wohnungssituation prekär; und mit seiner Freundin ist es gerade auch sehr schwierig. Dieser Mensch ist depressiv, ängstlich, mit viel Ohnmachtserleben und geringem Selbstwert, vielleicht suizidal. Er benötigt dringend Hilfe, aber sicher im Moment keine Traumatherapie, sondern konkrete Hilfen zur Lebensstabilisierung. Oder eine Frau Mitte 40, die aus der Partnerschaft, in der sie wiederholt Gewalt erfahren hat, gewissermaßen in die Klinik geflohen ist, sie hat keine Wohnung (denn in die gemeinsame kann sie nicht zurück), derzeit auch kein nennenswertes Einkommen, da sie schon mehr als anderthalb Jahre arbeitsunfähig ist; zu ihren Eltern besteht schon seit Jahren kein Kontakt mehr. Es gäbe im Moment sicher sinnvollere Maßnahmen als Psychotherapie, und Traumatherapie braucht diese Patientin schon gar nicht, auch wenn sie Missbrauch und Gewalt erfahren hat. Therapie, speziell Traumatherapie muss sich ein Patient „leisten“ können: Wer keinerlei Halt im Leben hat, dem nützt auch der „innere sichere Ort“ recht wenig.

Manchmal trauen wir uns aus falscher Toleranz oder missverstandener Rücksichtnahme nicht, das Offensichtliche anzusprechen oder nach schwierigen Themen zu fragen. Ein dafür typisches Thema ist die Sexualität. Patientinnen und Patienten beschreiben ihre Partnerschaft oft als sehr unterstützend und verschweigen erstmal aus Loyalität mit dem Partner die nicht selten bestehenden Probleme im Bereich Sexualität. Und uns Therapeuten ist es auch nicht gerade angenehm, danach zu fragen. Doch manchmal ist es unsere Aufgabe, Patienten zu „erlösen“: dass das Thema auf den Tisch kommt. Wir müssen immer wieder dem Patienten helfen, auf das im aktuellen Leben zu schauen, was nicht klappt. Manchmal belohnt uns die Erleichterung, die Patienten äußern, wenn man endlich mit ihnen so „knallhart“ auf die Fakten des aktuellen Lebens schaut.

Viele Patienten mit Angststörungen wissen aus Erfahrung, die Angst lässt irgendwann nach, wenn ich sie zulasse. Es geht also nicht darum, die Angst auszusperren, sondern sie im Gegenteil anzuschauen. „Wo die Angst ist,

geht's lang", lautet eine Devise in der Therapie. Mir gefällt dabei auch die Einsicht, dass unsere größten Ängste meist mit unseren größten Sehnsüchten zu tun haben. Das macht die Erforschung der eigenen Angst wesentlich attraktiver – Neugier ist oft ein besseres Gegenmittel zur Angst als Mut – und schon wird sie kleiner.

Eine unterdrückte Angst findet ständig neue Projektionsflächen: Heute habe ich Angst um meinen Arbeitsplatz, morgen komme ich wegen der Sorgen um meine alte Mutter nicht zur Ruhe, übermorgen fürchte ich um meine eigene Gesundheit. Vielleicht ist mein Arbeitsplatz wirklich in Gefahr, und meine Mutter ist tatsächlich alt und gebrechlich … und ich selbst bin absolut nicht mehr so fit wie mit 25. Aber es ist auch möglich, dass der reale Gehalt meiner Ängste erkennbar geringer ist, als dass er für das Ausmaß meiner Angst verantwortlich sein könnte. Dann ist es an der Zeit, sich der verdrängten Angst zuzuwenden – statt den wechselnden Themen, auf die sie sich bezieht.

Im Alltagsbewusstsein hält sich hartnäckig der Glaube, Mut sei das Gegenteil von Angst und wenn man es schafft, irgendwie mutiger zu werden oder gar sich zu Heldentaten aufzuschwingen, verschwinden die Ängste. Und dahinter steckt der Glaubenssatz, dass ein solches Leben mit möglichst wenig Ängsten ein besseres Leben wäre.

Besonders mutig erscheinende Menschen sind nicht wirklich mutiger, das wissen wir aus der Tiefenpsychologie, sie sind nur (zweitweise) erfolgreicher dabei, ihre Ängste zu verdrängen, indem sie sich so mutig bis übermütig verhalten. Man nennt solches Verhalten „kontraphobisch". Mit Verena Kast kann man etwas vereinfacht sagen: Mutige Menschen stehen zu ihrer Angst, Kontraphobiker verdrängen und projizieren sie. Ich erinnere mich an einen Unternehmer, dem eine für mich unüberschaubare Anzahl von Firmen gehörten. Mit einigen ging es bergab, andere waren noch gar nicht auf dem grünen Zweig, daneben gab es Rechtsstreitigkeiten mit Miteigentümern. Was er mit reichlich Stolz erzählte, löste bei mir Angst aus – die er aber nicht empfand. Ebensowenig wie die Angst, seine Frau könnte ihn verlassen; tatsächlich war die Partnerin aber schon „auf dem Sorung", da sich beim Mann alles immer um die Arbeit drehte. Die Ängste, weshalb der Mann in Behandlung war, bezogen sich auf unheilbare Krankheiten. Diese z.T. „absurden" Phobien, die manchmal gerade mutig erscheinende Menschen irgendwann entwickeln,

meist in einer (evtl. verleugneten) Lebenskrise, zeigen, dass die Angst immer da war.

In der Tiefenpsychologie gilt der Slogan „Mut zur Angst“, ich mag die abgewandelte Formel: „Wo die Angst ist, geht’s lang.“ Es geht darum, sich den zugrundeliegenden Ängsten zu stellen und herauszufinden, was ihre Botschaft ist. Tatsächlich zeigt die therapeutische Erfahrung, dass hinter Depressionen, aber auch konkreten Ängsten, die absurd wirken (z.B. eine einfache Höhenangst), eine Angst vor dem Leben besteht oder anders gesagt: eine Angst davor, dass Leben, was eigentlich gelebt werden will, anzugehen.

Lohnt es sich dann überhaupt, Mut zu „trainieren“? Auch an der konkreten Angst, selbst wenn es um tieferliegende Ängste gehen soll? Auf alle Fälle. Allerdings lässt sich Mut nicht einfach von einer Situation auf eine ganz andere übertragen: Wenn ich Angst habe, mich in Konflikten zu artikulieren oder einen Konflikt mit nahestehenden Menschen zu riskieren, hilft mir der letzte Sprung aus 100 oder 1000 Metern Höhe – mit Fallschirm oder am Seil – ziemlich wenig. Was ich aus dem Mut-Training aber mitnehmen kann: Die Gewissheit, das Ängste nicht gleichbleibend stark erlebt werden, sondern sich verändern und reduzieren, wenn ich sie „erforsche“, wenn ich ihnen mit einer gewissen Neugier begegne.

Neben der Neugier und der Zuversicht, die aus Erfahrung, also Training kommt, scheint mir Gelassenheit ein gutes Gegenmittel bei Angst. Etwas wirklich (aus)halten zu können ist eine Ressource und eine Kunst. Patient*innen haben zugegebenermaßen im Leben meist zu viel nur „ausgehalten“, daher sollten wir mit dem Begriff vorsichtig umgehen. Allerdings, die Verteufelung von „Aushalten“ ist dem Therapiefortschritt ebenso hinderlich wie das pauschale Schlechtreden des „Funktionierens“.

„Mut zur Angst“ heißt, diese zulassen und zu erforschen. Wir stellen uns der Angst und den Fragen, die mit ihr verbunden sind: Was will sie uns sagen? Vielleicht: „Ändere Dein Leben!“ Da schließt sich der Kreis: Unter der Depression ist die Angst davor, das Leben zu ändern. Wenn wir weniger depressiv sein wollen, müssen wir mehr Angst zulassen. Nicht die Angst vor Spinnen, vor der Höhe oder geschlossenen Räumen, sondern vor Veränderung im Leben.

Das beste Mittel gegen Depressionen, so wie ich sie hier verstehe, ist der Appetit auf Leben. Davon darf man aber die Dosis nicht zu hoch wählen, da die Nebenwirkungen dieses „Medikaments“ Ängste und Stimmungsschwankungen sind. In der Depression schwankt die Stimmung nicht, sondern dümpelt trübe vor sich hin, schlägt höchstens mal nach unten aus. In einer antidepressiven Therapie geht es rauf, aber auch runter. Es gibt Therapeuten, v.a. Psychiater, die eine solche Therapie für zu riskant halten und für eine relative Stabilität plädieren, wie sie ihrer Meinung z.T. durch Medikamente hergestellt werden kann (auf einem insgesamt depressiven Level).

Unsere Ängste und unsere Sehnsüchte liegen oft nah beieinander. Wenn wir an die Lebensängste nicht „ranwollen“, verleugnen wir die Sehnsüchte – und das begünstigt das Auftreten von Depressionen. Auf die Gefahr hin, dass ich mich wiederhole (eine gewisse Redundanz hat Merkwert): Wo die Angst ist, da geht’s lang!

Kapitel 02

Das Leben wagen: Mehr von dem, was klappt – auch wenn es mal nicht klappt …

In der Therapie stellt sich häufig die Frage nach den Zielen: „Was wollen Sie hier erreichen?“ Manche wehmütige Patienten reagieren zunächst überrascht: „Wenn ich das wüsste, wäre ich nicht hier.“ Und wenn sie ehrlich (zu sich) sind, hätten erstaunlich viele gerne „das alte Leben“ zurück – Partner, Job, Schmerzfreiheit, aber auch generell Gesundheit oder gar Jugendfrische. Eigentlich kein Drama. Nur ist Zurückhabenwollen kein sinnvolles therapeutisches Ziel.

Es gibt Therapeuten, die bei entsprechender fixierter Rückwärtsgewandtheit feststellen: „Hier besteht kein Behandlungsauftrag.“ Was so viel heißt wie: „Ich möchte nicht auf Dauer Ihre Klagemauer sein, auch wenn ich daran verdiene.“ Doch, obwohl manche Profis den eigentlichen Therapiebeginn darin sehen, beginnt die Therapie genaugenommen nicht mit dem Zielesetzen.

Zum Anfang, und das Verständnis von „Anfang“ ist hier individuell dehnbar, gehört vielmehr, den Schmerz über den Verlust zuzulassen, über das, was eben nicht zurückkommt oder nie (mehr) eintreten wird. Ohne die Empathie für diesen Verlustschmerz kommen wir später nicht zu sinnvollen Zielen. (D.h. aber nicht, dass wir Therapeuten auch beim fünften Klinikaufenthalt unseres Patienten innerhalb von drei Jahren wieder die ersten fünf von acht Wochen voll in die Empathie mit dem Verlustschmerz gehen …)

Erst wenn sich irgendwann so etwas wie eine „Kapitulation“ einstellt, kann danach der Einsatz für ein neues Leben beginnen. Kapitulation ist etwas anderes als Resignation, diese hält an, während jene ein Kapitel abschließt. Das mag ein wenig zu absolut klingen, und in der Tat ist Loslassen nicht das Gleiche wie Abschließen im Sinne von, nichts mehr davon wissen wollen. Kapitulieren heißt jedenfalls nicht: alles hinnehmen! Sondern für das Bessere unter neuen Rahmenbedingungen kämpfen. Neue Antworten auf die Lebensfragen finden. Vielleicht in dem Bewusstsein, dass keinesfalls die Zukunft eine bessere wird. Für etwas zu kämpfen, was sich lohnt, auch wenn das „Früher“, bei Tageslicht betrachtet, weiterhin attraktiver erscheint.

Mit der Kapitulation entscheidet sich, ob wir in der Lage sind, Verantwortung für unsere Gegenwart und Zukunft zu übernehmen. Lebenswille und Lebensziele können im Grunde nur von uns selbst kommen. Niemand ist imstande, uns zu beweisen, dass das Leben auch nach einem akzeptierten großen Verlust lebenswert ist.

Als Therapeuten sollten wir ja Zuversicht vermitteln, dazu haben wir auch Erfahrung und Anlass. Doch Zuversicht wagen meint nicht immer die Zuversicht, dass das Beste auf uns wartet (manchmal ist es so, aber oft auch nicht), sondern dass wir das Beste aus dem machen, was kommt. Und dass sich dies mehr oder weniger „trotz allem“ lohnt.

Jede Psychotherapie hat zwangsläufig eine rückwärtsgewandte und eine zukunftsorientierte Perspektive, im weitesten Sinne könnte man sagen: eine tiefenpsychologische und eine verhaltenstherapeutische. In der einen geht es um Verstehen und Selbsterkenntnis: Warum mir dies und das immer wieder passiert, wie ich geworden bin, was ich bin, warum ich meine Energie immer wieder an falschen Stellen verausgabe usw. In der anderen geht es darum, wie ich ein besseres Leben führen kann, genauer: wie ich das bessere Leben anfange, am besten recht bald oder wie wir gerne sagen „im Hier und Jetzt“! Mehr von dem machen, was klappt und mir gut tut, weniger von dem machen, was entweder nicht klappt oder nicht gut tut.

Das klingt doch fein, oder? So gesehen, müsste eigentlich die Zukunftsperspektive als die attraktivere erscheinen. Interessanterweise ist dies bei Patient*innen, vor allem zu Beginn der Therapie, häufig nicht so. Es gibt eine Menge Widerstand gegen den Blick in die Zukunft, die Gründe dafür sind mehr oder weniger vielfältig: Viele Patient*innen mit Depressionen und Ängsten müssen zunächst wieder Zuversicht schöpfen, mehr Vertrauen ins Leben finden, bevor sie sich Ziele setzen können. Sie benötigen Wertschätzung ihrer Ressourcen, manchmal auch Coaching für konkrete kleine Schritte.

Last not least, ja, es ist oft „bequemer“, sich mit der Vergangenheit zu befassen, wo es um Schuld und Schuldige zu gehen scheint (eine in der Psychotherapie meist nutzlose Kategorie), statt Verantwortung für die eigene Zukunft zu übernehmen. Allerdings, „bequem“ trifft es nicht, weil die Patient*innen es sich schlicht und einfach nicht zutrauen: nach vorne zu gehen, Schritt für

Schritt Dinge anders zu machen als bisher. Therapeutisch ist es gerade deshalb höchst riskant, über die zum Teil massiven Herausforderungen hinwegzusehen, die **vor** den Betroffenen liegen und vor denen wir uns auch als Therapeuten manchmal ohnmächtig fühlen – und der gemeinsamen „tiefenpsychologischen“ Faszination der Vergangenheit zu erliegen und uns nach **hinten** zu wenden.

Was eine Therapie taugt, zeigt sich daran (und zwar nicht erst nach „Jahren auf der Couch“), ob der oder die Patient*in nach vorne geht. Mit dem Erreichen von kleinen Zielen entstehen Zuversicht und der Wille, den nächsten Schritt nach vorne zu setzen. Heißt das, nur noch kleine Brötchen backen? Jein. Große Ziele können für einen Teil der Patienten motivierend sein. Sie haben es allerdings an sich, dass sie statistisch gesehen, zu einem großen Teil nicht erreicht werden.

Viele Patienten setzen sich zu große Ziele (in Bezug auf den Zeitraum der Therapie) – bei manchen ist dies das Verlassen des Partners, die Kündigung des Jobs, der Abbruch der Verwandtschaftsbeziehungen, bei anderen Projekten wie Weltreise, Unternehmensgründung oder Auswandern … Weil sie irgendwie selbst wissen, dass es unrealistisch ist (z.B. die Trennung vom Partner oder Kündigung des Jobs, solange man massiv finanziell abhängig ist), gehen viele Betroffene dann erst gar nicht vorne auf ein besseres Leben zu, sondern verschieben dieses Losgehen auf morgen und übermorgen. Nach geraumer Zeit stellen sie auch in der Therapie fest, dass sie immer noch die gleichen „Ziele“ haben, und dass sie (und den Therapeuten) dies unglaublich frustriert, deprimiert und zur Selbstabwertung (auf beiden Seiten) führt.

Eine Variation von „Der Weg ist das Ziel“ aus der buddhistischen Psychologie stammt von Thich Nhat Hanh: „Es gibt keinen Weg zur Heilung. Heilung ist der Weg.“ Und für ihn beginnt dieser Weg, indem wir bewusst atmen. Oha, ist es wirklich so einfach? Warum nicht einfach mal zehn bewusste Atemzüge als Ziel für heute nehmen?! Wer mich als Therapeuten erlebt hat, weiß, dass ich manchmal damit hadere, wie bescheiden Patienten ihre nächsten Ziele setzen. Dennoch und erst recht gilt: Wir sollten jedenfalls nicht zulassen, dass das Erreichen von Großzielen zur Bedingung für ein „neues Leben“ gemacht wird. Wer die kleinen Ziele und Schritte nicht schätzen lernt, verpasst vermutlich das Leben.

Therapie kann nur erfolgreich sein, sofern Klient*innen selbst über die „notwendigen“ Ressourcen verfügen, um ihre Probleme zu lösen. (Was nicht bedeutet, dass sie alles im Leben alleine schaffen müssen oder gar, dass das, was sie nicht schaffen, der Therapeut regeln muss …). Ab den 1960er Jahren haben mehr und mehr Psychologen ihren Ansatz „lösungsorientiert“ genannt – und demgegenüber die alte Psychotherapie „problemorientiert“. Doch nicht nur Therapeuten alter Schule lieben die Problemperspektive, fast noch stärker hat sie sich im Bewusstsein von manchen Patienten eingenistet: „Ich mag nicht diesen ganzen Ressourcenquatsch, was ich kann und was mir gut tut. Das bringt mir nichts. Ich will endlich an meinem Trauma arbeiten!“

So etwas klingt nachvollziehbar, manchmal jedoch beruht das ständige Kreisen um vergangene Ursachen für die aktuellen Lebensprobleme auf „Widerstand“: d.h. auf der Angst, sich den konkreten Herausforderungen der Gegenwart zu stellen. Letztlich geht es immer um die Frage, wie wir ein besseres Leben führen können. Dafür genügt der Blick zurück nicht, es müssen immer wieder Schritte nach vorne gewagt werden, und dafür braucht es Ressourcen und das nötige Bewusstsein.

Ohne ein Gefühl für die eigenen Kräfte und Potenziale ist es ziemlich schwer, Therapie zu machen, die auf Lebensveränderung zielt. Mut, Gelassenheit, Geduld, Ausdauer, Kreativität, klares Denken usw. können Ressourcen sein, aber auch Humor, Genussfähigkeit, die Gabe, sich zu entspannen, die Liebe zur Natur, positive Glaubenssätze bzw. Zuversicht, Spiritualität oder die Kunst, den ganz normalen Alltag zu managen. Meist verfügen Patienten sogar über jene Ressourcen, die sie sich inständig wünschen und von denen sie glauben, sie hätten sie nicht, allerdings zunächst in geringer Ausprägung. Je mehr es gelingt, Ressourcen zu entdecken und zu aktivieren, desto eher stellen sich Menschen ihren Herausforderungen – und während sie diese Aufgaben lösen, entdecken sie noch mehr Gaben und Potenziale.

Zu den wichtigsten Ressourcen gehören auch solche, die irgendwie außerhalb von uns zu liegen scheinen: Partner, Freunde, Familie, Gemeinschaften – also Halt und Unterstützung, die wir erfahren oder abrufen können. Es kann sich auch um professionelle Hilfe handeln. Je mehr soziale Ressourcen aufgebaut und aktiviert werden können (Freundschaften kann man aufbauen, auch sich Selbsthilfegruppen anschließen), desto besser ist die Prognose.

Das klingt manchmal ziemlich zäh und mühsam, so wie das Leben auch sein kann. Kein Wunder, dass wir als Therapeuten den Patienten oft sagen hören: „Ich muss …“ Das fängt schon an mit: „Ich muss Therapie machen!“ Wenn ich dann entgegne: „Sie müssen gar nichts“, rollen die Patienten mit den Augen und mancher sagt: „Naja, Sie wissen schon …“ Nö, ich weiß gar nichts. In diesem Fall meinen wohl die meisten: „Ich muss da halt durch“ und können noch nicht sagen: „Ich will da durch!“

Also, jetzt gibt es eine therapeutische Hausaufgabe: Schreiben Sie mal nach und nach alle Sätze auf, die Sie von inneren Stimmen hören oder sich selbst vorsagen und die mit „Ich muss“ beginnen: von „Ich muss aufräumen“ bis „Ich muss mal wieder Urlaub machen“. Wenn Sie einige Tage gesammelt haben, versuchen Sie, jedes „Ich muss“ durch „Ich will“ oder „Ich habe mich entschieden“ zu ersetzen; vielleicht streichen Sie auch nebenbei ein paar Sätze ganz – und sagen entschieden: „Ich will es nicht und ich muss es auch gar nicht!“. Falls Ihnen das einen Erkenntnisgewinn verschafft oder sogar Freude gemacht hat, dann probieren Sie im Alltag immer mal wieder, wenn Ihnen ein „Ich muss“ gerade über die Lippen rutschen mag, schnell ein „Ich will“ daraus zu machen.

Sie könnten, eben auf den Geschmack gekommen, im Stadium des Fortschreitens auch jedes „Ich kann nicht“ durch „Ich will nicht“ zu ersetzen versuchen. Ich weiß, Sie denken: „Jetzt spinnt er völlig!“ Es ist eine ebenso aufschlussreiche und nützliche Übung.

Es geht darum, neue Perspektiven entstehen zu lassen und auszuprobieren. So kann ich z.B. sagen „Ich muss um 5:30 Uhr aufstehen, um nach Duschen, Gymnastik, Frühstück, Aufräumen rechtzeitig zur Arbeit zu kommen.“ Wie klingt das für Sie? Anstrengend! Aber wenn ich dieses Programm so „durchziehe“ und mich, nachdem der Wecker klingelt, ranhalte, habe ich wenig Chancen, meinen morgendlichen depressiven Verstimmungen viel Raum zu geben – und von Minute zu Minute geht es mir durch das Aktivierungsprogramm besser. Meist geht es mir sogar schon „im Voraus“ besser, weil ich weiß, wie mir dieser Ablauf gut tut. Also könnte ich auch sagen: „Ich will es so machen.“

Als Therapeut bin ich – wieder mal – im Vorteil: Ich habe diese Experimente schon so oft angeleitet, dass es mir leichter fällt. Sie funktionieren allerdings

nur, wenn es freiwillig geschieht. Wenn Sie also noch wenig Therapieerfahrung haben: Heben Sie sich die Übung für später auf! Am Anfang würden Sie es wie einen Zwang zum positiven Denken empfinden, und dieses Empfinden ist nicht hilfreich weder für die Therapie noch fürs Leben. Sie müssen nicht positiv denken: Sie dürfen alles, was besch... ist, auch besch... finden! Sie dürfen sich gerne erstmal „hängen lassen“. Aber nach und nach sollten Sie sich trauen, auch das Gute zu entdecken und anzustreben.

Kapitel 03

„Das tut man nicht …“
Raus aus der Überangepasstheit!

Ohne Anpassung geht es nicht im menschlichen Zusammenleben, aber mit der Anpassung ist es oft ein Kreuz. Aus der Perspektive der gesellschaftlichen Mehrheit erscheint oft ein Zuwenig an Anpassung gefährlich, da werden Abweichungen schnell pathologisiert oder gar kriminalisiert. Hier möchte ich den Blick auf ein Zuviel an Anpassung, so etwas wie Überanpassung, lenken und den möglichen Preis dafür thematisieren.

Die meisten von uns haben früh und effektiv gelernt, eigene Gefühle und Bedürfnisse zu verdrängen, und nicht wenige benötigen dementsprechend später Therapie, um diesem unserem Wesenskern wieder näher zu kommen und gerecht zu werden. Die Verschalungen um den Kern zu lockern, das ist alles andere als leicht – und ebenso: die Schalen bei anderen zu respektieren.

Sigmund Freud hatte den biologischen Kern des Menschen als ein Bündel von Trieben verstanden („Es“). Daher war ihm völlig einleuchtend, dass die Kultur die Triebe unterdrücken muss zwecks Anpassung des Individuums zu einem harmonischen Zusammenleben; der Mensch bzw. das Menschlein lernt es von seinen Bezugspersonen und Erziehungsinstanzen, die er nach und nach verinnerlicht (als „Über-Ich“). Es war Freud manchmal jedoch ziemlich unbehaglich mit dieser erzwungenen Konformität, unter der das Feuer der Triebenergie lodert.

Freuds Schüler Wilhelm Reich hat die Triebunterdrückung noch problematischer gesehen und therapeutisch nach Befreiung gesucht. Er entwickelte die Ansätze zu einem Kern-Schalen-Modell, das noch eine Generation später der Schweizer Psychiater Samuel Widmer (1948-2017 vor dem vergessen bewahrte. Widmer ging von einem bedürftigen „Wesenskern“ des Menschen aus, um den sich schon im Laufe der frühkindlichen Entwicklung verschiedene Schalen bilden, um das Individuum vor Strafe und Liebesentzug zu schützen – zum Preis der Selbstverleugnung. In der Therapie bzw. auf dem „Rückweg zum Glück“ müsse sich der Mensch durch diese Schichten Anpassung, Abwehr und Weh-Gefühle wieder zum Kern durcharbeiten.

Entwicklungspsychologisch gesehen, beschreibt das Modell, wie das Kind von klein auf lernt, dass es nur bedingt das bekommt, was es von seiner bedürftigen Natur aus braucht – und es folgt dem letztlich nie eingelösten Versprechen, dass es umso mehr für seinen bedürftigen Kern bekomme, je mehr es ihn verleugne.

Unter der Schale der Anpassung und des zur Schau getragenen „Danke. Mir geht's gut" finden wir jene Schale der Abwehr: „Passt schon, alles in Ordnung." Erst wenn sich im sicheren Kontext von Wertschätzung und Vertrauen dieser Selbstschutz lockert, stoßen wir auf „eigentliche" Gefühle, die verraten, wie es um heutige oder frühere Bedürfnisse steht: Was ich wirklich brauche oder als Kind gebraucht hätte.

Therapie bedeutet häufig, sich durch die Schalen von außen nach innen vorzuarbeiten. Da die Abwehr allerdings robust ist, geht es oft nicht voran. Statt sich an die Bedürfnisse und ihre Artikulation heranzutrauen, weichen die Patienten aus, z.B. in Projektionen: Was die andern alles machen, warum es ihnen als Betroffenen so schlecht geht. Das ist, was wir gelernt haben: brav, angepasst und vorsichtig zu sein. In der Therapie, v.a. in der Gruppentherapie, können sie lernen, jenen dankbar sein, auf die sie projizieren, über die Sie sich ärgern, die an den Grenzen des Konformismus immer wieder rütteln.

Die Ideologie der Überanpassung ist der Konformismus, das Denken in erlernten Normen und nur darin. „Das tut man." Und: „Das tut man nicht." Oder: „Das kann man doch erwarten." Es ist ein konformistischer Grundirrtum, dass wer sich nichts traut, auch keine Fehler machen könnte. Der Preis der Überanpassung ist jedenfalls hoch, sondern auch in Beziehungen und für die Gesellschaft, oft bezahlen wir mit seelischer Gesundheit.

Patient*innen reagieren manchmal genervt, wenn ihr Therapeut das Wörtchen „man" in ein „ich" korrigiert. Manchen fällt es schwer, sich so wichtig zu nehmen. Echt! Andere haben Sorge, dass allein die mehrfache Verwendung von „ich" als ein Zeichen von Egoismus gedeutet werden könnte. Verrückt! Wieder andere lernen, dass man es als braver Patient so machen muss und können nach zwei, drei Wochen Klinik flüssig „ich" sagen, wo sie doch innerlich gerne „man" sagen würden. Geht es denn nur um einen korrekten Jargon?

Im Prozess der Erziehung (oder aus Sicht der Gesellschaft ist es die Sozialisation, die Präparierung für das gesellschaftliche Leben) lernt das Individuum, dass es seinen Bedürfnissen nicht ohne Weiteres nachgehen darf, sondern Normen entsprechen ist. Daher kommt später das jenes „tut man nicht …“ und was „man erwarten kann …“. Es hat die Aussagen der Beziehungspersonen und Erzieher verinnerlicht und folgt der teilweise trügerischen Illusion: Wenn man schön brav ist und alle Normen erfüllt oder noch besser übererfüllt, fällt als Belohnung auch etwas für die eigenen Bedürfnisse ab.

Der fast programmierte Misserfolg auf diesem Weg führt zu einer depressiven Neigung, aber auch zu unterdrückten Aggressionen, da das „Versprechen“ der Erziehung sich nicht bewahrheitet, aber die Betroffenen keine Alternative in petto, nicht gelernt haben, für die Bedürfnisse angemessen selbst zu sorgen. Sie warten gewissermaßen lebenslang darauf, dass Papi und Mami noch die ausstehende Belohnung ausschütten. Und Sie sind sauer auf all jene, die daran „schuld“ sind, dass sie zu kurz kommen. Sie träumen typischerweise davon, dass sich alle Menschen so (über-)angepasst wie sie selbst verhalten und es dann allen besser ginge. Sie reden über das, worauf sie wenig oder keinen Einfluss haben: die undankbaren Eltern oder Chefs, der Arbeitgeber, die Gesellschaft, der Kapitalismus …

Burnout, Depressionen, Angststörungen, aber auch Mobbing können die Folge sein, wenn Menschen zu sehr auf der Seite der Normen, der Seite des „man“ leben (was man tut und lässt). Und was soll Therapie daran ändern? Der Patient kann lernen, erwachsen zu werden, statt als groß gewordenes Kind durchs Leben zu gehen. Sowohl die traditionelle Psychoanalyse als auch die moderne Psychotherapie verstehen unter wachsender Ich-Stärke, dass der Patient in die Lage versetzt wird, mehr aus dem Leben herauszuholen, in diesem Sinne lebenstauglicher zu werden. Das bedeutet: dass er oder sie besser mit inneren und äußeren Konflikten umgehen lernt. Denn mehr aus dem Leben herausholen heißt, mehr Konflikte eingehen.

„Was passiert, wenn sie lernen, mehr für ihre Bedürfnisse zu sorgen?“ Auf diese Frage antworten Patienten häufig spontan (weil sie es für eine rhetorische Frage halten): „Naja, ich werde zufriedener.“ Das ist aber leider nicht sofort so, zunächst einmal werden sie mehr Konflikte erleben – und das Glück besteht vielleicht darin, die eigene Willensstärke zu spüren, im Stolz, für sich zu kämpfen, und eine Ahnung davon zu haben, was Selbstbestimmung ist.

Zu den eigenen Bedürfnissen und zu eigenen Werten stehen, dies ist zunächst auch mit Scham verbunden – dass ich mich zeige, wie mich andere bisher nicht gesehen haben oder sehen sollten. Dazu gehört etwa, mal um 17 Uhr (dem offiziellen Dienstschluss) von der Arbeit nach Hause zu gehen, statt weiter „Held der Arbeit“ zu spielen; oder selbst Papi und Mai mal einen „Korb“ zu geben, wenn die eigene Familie ruft usw.

Die Angst vor der Scham, gerade im Umgang mit den alten Erziehungsinstanzen (Mami und Papi „vor den Kopf zu stoßen“) oder mit Freunden (mal Nein zu sagen und sie damit vermeintlich zu „verletzen“) hält viele lange davon ab, mehr ICH zu sein als MAN. Und die Angst, in Konflikten den Kürzeren zu ziehen, die Angst vor Frust und Enttäuschung. Daher bedarf es in vielen Fällen des Leidensdrucks durch wiederkehrende Depressionen, damit die Betroffenen merken: So geht es nicht weiter. Es muss immer öfter ICH werden, wo MAN war. Es reicht nicht, dies in der Sprache zu korrigieren, wir müssen es in der Sache, im Leben ändern!

Lernen können – oder müssen – Sie das am besten mit Menschen, die ihnen nicht ganz so nahestehen wie die eigenen Eltern oder der Chef, mit dem Sie seit zwanzig Jahren zusammenarbeiten. Je näher Ihnen eine Person steht, umso schwieriger wird es, auch nur über Veränderung zu reden in der Therapie. Bei vielen Patient*innen besteht ein großer Widerstand, über nahestehende Menschen „schlecht zu reden“. Das ist auch so eine krankmachende Norm. Wie sollen wir zu ihrem bedürftigen Kern, zu den inneren Wunden, aber auch Wünschen vordringen, wenn es aus Gründen der Loyalität derart feste Tabus gibt?

Loyalität ist so etwas wie Treue, eine spezielle Art von Verbundenheit, man könnte auch von treuer Ergebenheit sprechen. Das Festhalten an falscher Loyalität, vor allem Loyalität mit der Herkunftsfamilie, ist eines der häufigsten und massivsten Hindernisse für echten Therapiefortschritt. Wie eine Mauer aus Beton.

Beispiele aus dem wahren Leben eines Therapeuten: Eine Mutter, die ihren Sohn zum Partner macht, ihn sogar bis ins Erwachsenenalter mit ins Bett nimmt, oder ein Vater, der sich die Tochter als Partnerin gewählt hat (wir schließen hier für beide Fälle sexuellen Missbrauch im engeren Sinn aus, da dies die Lage zu eindeutig erscheinen ließe). Eine Mutter, die ihre Tochter, die

längst in der Schule ist, immer noch stillt, oder ein Vater, der seinen Sohn als „besten Freund“ behandelt und damit die Generationengrenze verwischt, ihn in Ehegeheimnisse oder auch außereheliche Geheimnisse einweiht. Eine Mutter, die ihrem Sohn immer wieder vermittelt: „Du bist mein Ein und Alles!“ Oder ein Vater, der seiner Tochter sagt: „Wenn Du nicht wärst, wäre ich schon längst fortgelaufen …“ oder krasser: „… hätte ich mich schon umgebracht!“

Krass heißt leider nicht: selten. In der Therapie begegnen uns ständig derartige Konstellationen. Wichtig: Es geht uns nicht um gesellschaftliche Normen! Und es geht nie darum, Schuldige zu finden und zu verurteilen, wir sind in Therapie, nicht bei Gericht, schon gar nicht beim höchsten Gericht. Die moralische Empörung, die wir als Außenstehende manchmal spontan empfinden, wenn wir solche Lebensgeschichten hören oder lesen, macht es für die Patienten ja so schwer sich zu öffnen. Es muss ganz klar sein: Wir wollen niemand an den Pranger stellen, selbst wenn wir den (zutreffenden) Begriff von Missbrauch verwenden.

Noch schlimmer, als sich für das Eigene zu schämen, scheint für viele, die Eltern „bloßzustellen“. Doch die pathologische Loyalität gegenüber den Eltern („das Nest nicht beschmutzen“) muss aufgeben werden, damit die Patienten zu einer echten Liebe und Loyalität gegenüber sich selbst kommen, die kindlichen Anteile entdecken, annehmen und mit Verständnis versorgen: „Ach, genau, so hast Du Dich gefühlt, als …“ Die Auflösung des Tabus („Du sollst Vater und Mutter ehren!“) und das Erlernen eines tabufreien Denkens kann nur gelingen, wenn die Klienten uns vertrauen, dass wir ihre Liebe zu den Eltern respektieren.

„Im Vergleich zur großen Mehrheit der Patienten hatte ich es doch gut …“ Die Idealisierung der eigenen Kindheit ist eine sehr effektive Schranke in der Therapie (weil z.B. der Vergleich mit Kindern aus Familien mit Gewalt und Drogen immer „zieht“). Ein Schutz vor Scham und Schmerz, der sie aber in der Depression gefangen hält. Ja, die Eltern haben ihr Bestes gegeben. Therapie hat mit der Tragik zu tun, dass dies oft für uns Kinder doch nicht gut genug war – und wir uns deshalb bis heute immer wieder nicht gut genug fühlen.

Es ist immer wieder faszinierend, wie loyal viele Patienten gegenüber Vater und Mutter selbst dann bleiben, wenn diese Ihnen sogar im fortgeschrittenen Erwachsenenalter noch das Leben sehr schwer machen und sie wie kleine

Kinder behandeln oder undankbar bis grausam sind! Das ist keine Liebe zu den Eltern, sondern vor allem Angst vor Veränderung, Konflikten, Scham. Wirkliche Liebe ist nur dort möglich, wo die falsche Loyalität aufgegeben wurde!

Ist das auch in der Partnerschaft so? Loyalität in der Partnerschaft ist prinzipiell ja eine gute Sache, nur in der Therapie manchmal sehr hinderlich: Die Betreffenden ahnen, dass es ihren Partnern „gar nicht recht“ wäre, wenn über sie gesprochen würde. Das kann ich sehr gut verstehen. So lässt sich erklären, wieso wir z.B. in der stationären Therapie vom täglichen intensiven Kontakt der Partner abraten, sonst wird das Band der bedingungslosen Loyalität jeden Tag neu geflochten.

Denken wir etwa an einen Patienten, der zunächst immer nur Gutes von seiner Partnerin berichtet und sie vielleicht sogar in höchsten Tönen lobt: Wie sehr sie ihm den Rücken stärkt in der beruflichen Krise und ebenso in der Auseinandersetzung mit seinen Eltern usw. Im Laufe der Therapie wird allerdings immer deutlicher, dass auch in der Partnerschaft einige Probleme bestehen, u.a. in der sexuellen Intimität. Darf der Patient dieses schambehaftete Geheimnis überhaupt lüften? Ich meine: ja.

Ich empfehle immer das therapeutische Tagebuch (dazu gleich etwas ausführlicher) als den „engsten Vertrauten“, dem man alles erzählen kann (weil er dicht hält) – und dann mal prüfen, ob es gut täte, mit mir als Therapeut von den Erkenntnissen und Fragen im Tagebuch freiwillig zu teilen. Muss der Patient dann dieses „Verraten“ des Geheimnisses (Verraten und Verrat liegen da gefühlt nah beieinander) später seiner Partnerin berichten? Nicht zeitnah, aber auf Dauer sollte er m.E. mit mir als Therapeut kein Geheimnis gegenüber der Partnerin haben.

Darf es überhaupt Geheimnisse in engen Beziehungen geben? Jahrzehnte der Familientherapie haben gezeigt, dass es meist nicht gut gehen kann, wenn wichtige Fakten unter den Teppich gekehrt werden – z.B. ob ein Kind „in Wahrheit“ adoptiert wurde. Entsprechend haben sich die Haltungen dazu geändert. Ein anderer Klassiker ist natürlich die Frage, ob eine Affäre offengelegt werden sollte.

Die psychotherapeutische Beziehung ist eine spezielle Beziehung, sie führt dazu, dass sich Patienten öffnen, also treten Dinge ans Tageslicht, die zuvor

im Dunkel schlummerten oder bewusst dort festgehalten wurden. Wichtig ist, dass es hier Geheimnisse geben darf, dass keinerlei Gebot zur Offenlegung besteht – Patient oder Patientin entscheiden aus mehr oder weniger freien Stücken darüber. Mehr oder weniger?

Wenn es in der Therapie einfach nicht vorangeht und ich als Therapeut schon alles versucht habe, dann liegt es nach meiner Erfahrung häufig an einem Geheimnis. Wenn dieses z.B. durch wiederholtes Nachhaken meinerseits oder auch in einem Paar- oder Angehörigengespräch gelüftet wird, verstehe ich den oder die Patientin ganz anders und es geht wieder weiter. Solche Geheimnisse können sein: Alkoholismus (bleibt in der Therapie nicht lang geheim), sexuelle Orientierung oder Identität, Familientabus (Opa hat sich erhängt, aber niemand darf darüber sprechen), schambesetzte Zwänge und Süchte und nicht zuletzt Affären und Nebenbeziehungen. Ich denke an eine Patientin, die zunächst einfach „nur“ depressiv-überangepasst wirkte, was aus ihrer ganzen Lebensgeschichte völlig verständlich war. Und wer 50 Jahre überangepasst war, tut sich halt schwer, dies in der Therapie Schritt für Schritt aufzugeben. Aber manchmal steckt eben mehr dahinter, in dem Fall eine längere geheime Nebenbeziehung.

Meist bindet das Hüten von größeren Geheimnissen viel Energie beim Patienten. Und dann halt auch in der Therapie. Dennoch gibt es keinen Zwang zur Offenlegung. Wenn ich merke, dass „da irgendwas ist“, dann spreche ich es auch genau so an und füge z.B. hinzu: „Sie müssen nicht mit mir darüber sprechen, aber mit ihrem Tagebuch!“

Was ist ein „therapeutisches Tagebuch“? Der intimste Vertraute, also definitiv nicht für andere, auch nicht für meine Nachwelt geschrieben, sondern zur Kommunikation mit mir selbst. Ein Buch von mir und (nur) für mich. Um meinen Lebensweg besser zu verstehen und neu zu entdecken, meine Therapie zu begleiten und voranzubringen. Auch eine ständige Erinnerung daran, was ich mir selbst wert bin und was mir das Leben bedeutet.

Ein Buch für Alpträume und Wunschträume, für schlaflose Nächte genauso wie helllichte Tage, immer wenn der Leidensdruck oder das Bedürfnis zu schreiben groß genug sind – und das heißt auch: sicher nicht jeden Tag, dafür an manchen Tagen mehrfach. Hierin werden Ängste, Grübeleien und Phantasien festgehalten, auch um sie, so paradox das klingt, damit für eine Zeit

etwas mehr loslassen zu können, sozusagen ein Tresor für Probleme, Sehnsüchte und Herausforderungen. Schreiben kann beruhigen, es ist ein gutes Antidepressivum, z.B. auch ein Begleiter für die Zeit zwischen zwei Therapiestunden. Und nicht zuletzt: ein Geheimnishüter!

Ja, solch ein Beitrag zur Selbstheilung kann am besten gelingen, wenn das Buch als ein geheimes Forum des unzensierten Denkens funktioniert:

- Wirre und wilde Ideen, Skizzen, Kritzeleien und Gedichte,
- Ängste und Sorgen, Ärgernisse und Wut auf den Punkt bringen, auch mal übers Ziel hinausschießen mit krassen Thesen und vielleicht Pamphleten,
- Notizen zu bewegenden Erlebnissen: Erinnerungen an Tiefpunkte und Höhepunkte,
- festhalten, vor was Sie zurückscheuen und wofür Sie sich schämen,
- unverbindliche Gedankenspiele: was wäre anders, wenn es anders wäre?
- ganz konkrete Pläne,
- hilfreiche Sprüche, Liedtexte, Gedichte, einprägsame Zitate, auch Bilder,
- Dankbarkeit für die schönen und achtsamen Momente (es soll aber kein reines Dankbarkeitstagebuch werden),
- stärkende Aphorismen und erfundene oder nur angefangene Liedtexte,
- Listen von eigenen Ressourcen und Kapazitäten,
- Pro- und Contra-Gegenüberstellungen für den nächsten Schritt oder den Lebensplan,
- Seiten für Realismus und
- Seiten für Träumereien,
- „Bilanzen“, was schon erreicht wurde und wie und was Sie noch vorhaben,
- welche Optionen bestehen, wenn Sie mal tabufrei denken,
- nicht zuletzt auch Feedback und Ermutigungen von Freunden und Kollegen

Manches wirkt vielleicht übertrieben, und das macht es gerade aus: Nicht alles weichkochen und zensieren. Keine Rechtfertigungen! Immer öfter einfach drauflos schreiben, was kommt, ohne Tabus, ohne Redaktion, auch wenn es wie kompletter Unsinn wirkt. Erinnern wir uns: Therapie machen heißt, den Konformismus überwinden.

Kapitel 04

Was werden bloß „die anderen“ denken?
Von Moral, Schuld und Scham in der Therapie

Bei diesem Kapitel fallen wir mit der Tür ins Haus: Moral ist Gift in der Therapie! In der Therapie gibt es nur eine einzige – scheinbar – moralische Kategorie, die Sinn macht: Ehrlichkeit. Sie meint aber etwas anderes als das moralische Gebot, wie wir es kennen. Hier geht es zunächst um Ehrlichkeit gegenüber sich selbst als Patient, erst danach Schritt für Schritt auch um Offenheit gegenüber dem Therapeuten und dann vielleicht, als Krönung der therapeutischen Herausforderungen, gegenüber anderen Mitmenschen. Das wird nicht ohne Scham vonstattengehen, das scheint mir der Kern der therapeutischen Befreiung des Individuums, aber so weit sind wir noch nicht. Erst müssen wir die Moral aus dem Weg räumen.

Moralische Hemmungen halten Patient*innen davon ab, wirklich Innenschau zu halten, und erst recht davon, sich zu öffnen, in der Einzel- wie in der Gruppentherapie. Wenn es dann doch geschieht, müssen wir als Therapeut alles dafür tun, dass die sich zaghaft öffnende Tür nicht durch eigene moralische Bedenken oder moralisierende Mitpatientinnen zugeschoben oder gar zugeschlagen wird. Das wäre verheerend für den Betreffenden, aber auch für alle anderen, da die Tabus, die eine Schutzwand gegen den therapeutischen Prozess darstellen, bei ihnen gestärkt würden.

Moral ist ein Abwehrmechanismus, und ein hocheffektiver: Taucht sie auf, dann fällt es uns extrem schwer, unangenehme oder tabuisierte Gefühle und Impulse wahrzunehmen (wie Stolz, Neid, Eifersucht, Hass u.a.). Wir werden schützen uns vor Scham, was viele negative Folgen hat, zunächst einmal die, dass wir nicht erfahren können, dass Scham eine natürliche Begleiterscheinung von Offenheit über das Alltägliche hinaus ist. Kurz gesagt: je mehr moralische Bewertung im therapeutischen Prozess auftaucht, desto mehr machen Patienten „zu“. Für uns als Therapeuten bedeutet dies, dass wir genug Eigentherapie oder Selbsterfahrung mit dem Thema gemacht haben müssen, um nicht doch heimlich Partei zu ergreifen für das moralisch Richtige, sondern entschieden die Ehrlichkeit des Patienten verteidigen.

Ein Patient hat seine Kinder geschlagen, eine anderer geht regelmäßig ins Bordell, eine Patientin hat ihren Mann jahrelang betrogen, eine andere hat im alkoholbefeuerten Geschwindigkeitsrausch einen Menschen überfahren, wieder ein anderer hat jahrelang als Kleinkrimineller Drogen vertickt, den Staat oder Mitmenschen betrogen. Das mögen mehr oder weniger extreme Beispiele sein, die weniger krassen sind aber genauso tückisch und sträuben sich gegen Ehrlichkeit („manchmal träume ich davon, meinen Mann umzubringen“, „ein Teil von mir wartet darauf, dass die Mutter endlich stirbt“).

Es gibt viele moralisch „verwerfliche“ Taten oder Impulse die, auch wenn sie gar nicht das therapeutisch dringlichste Problem darstellen, dem Therapieprozess im Wege stehen können, weil der Patient eine Höllenangst hat, sich wirklich mitzuteilen. Wenn er sich aber traut und dann (z.B. von Mitpatienten oder schlimmer noch vom Therapeuten) moralisch verurteilt und somit für seine Offenheit bestraft wird, kann bestenfalls eine Scheinlösung herauskommen: Der „Täter“ selbst „gesteht“ seine Schuld, verdrängt damit die inneren Konflikte, die für die Therapie so wichtig gewesen wären. Wir verlieren dadurch eine Riesenchance, wirklich hinzuspüren, was unter der moralischen Abwehr an Gefühlen und Bedürfnissen brodelt.

Depressionen, aber auch Angst- und Zwangsstörungen entstehen häufig aus der Verdrängung von inneren Konflikten zwischen Normen und Bedürfnissen. Wenn wir uns diesen Konflikten nähern, drohen Scham und Angst, verurteilt und verstoßen zu werden. Die „innere Weisheit“, der Gralshüter der Alltagsrealität, ahnt dies und versucht daher die Öffnung zu verhindern. Dazu ist Moral, weil sie so überzeugend daherkommt und schnell Zustimmung erheischt, ein hoch effektives Mittel, einer der wesentlichen Schutzmechanismen gegen Psychotherapie. Wenn Patient*innen viel und stark von Normen und Moral reden („man muss doch“, „das tut man nicht“, „ich erwarte schon“), wissen wir, dass sie wenig Therapieerfahrung und Angst vor dieser Erfahrung haben. Ähnlich ist es, wenn der Begriff „normal“ häufiger fällt oder auch nur in der Luft liegt, dies signalisiert, dass Bedürfnisse bestenfalls zensiert ans Tageslicht kommen dürfen.

Ich lade daher immer wieder ein zum unzensierten und tabufreien Denken, fordere auf, nicht Partei zu ergreifen, sondern sich und andere immer weniger zu bewerten – wenn es ihnen bei anderen besser gelingt, wird es ihnen auch bei der Betrachtung der eigenen ungeschminkten Wahrheit helfen, und

umgekehrt. Sicher können Patient*innen auf die Frage, was das Erzählte mit ihnen macht, mit einer Bewertung oder Verurteilung antworten, das an sich ist nicht verwerflich, sondern aufschlussreich – ich mache aber immer klar, dass es sich dabei nur um eine nachvollziehbare Erstreaktion handelt und das therapeutisch viel Interessantere hinter diesem Urteil verborgen ist.

Die Schuldfrage ist so ziemlich das Letzte, was in der Therapie weiterhilft, aber ein todsicherer Weg, den Therapieprozess zu lähmen. Und, by the way, Empathie geben ist alles andere, als dem Patienten zu vermitteln, dass er oder sie Recht hat. Empathie heißt, mitzuleiden („pathos“ hier für: Leiden!), mitzuleiden in der Angst, in der Ohnmacht, in Trauer und Wut und Scham und was sonst alles da sein kann beim Patienten, aber nicht ihm oder ihr „Recht zu geben“.

Menschen brauchen Normen für ein friedliches und produktives Zusammenleben. Und es ist gut, dass es im gesellschaftlichen Leben so etwas wie Tabus gibt: Dinge, die man nicht sagt oder tut. Doch in der Therapie müssen wir Patienten nicht selten zu helfen versuchen, sich von der Überanpassung an Normen zu befreien und gewissermaßen tabufrei zu denken: Sie müssen sich vorstellen lernen, wie es sein könnte, für die eigenen Bedürfnisse einzustehen. Wer das lernt, der oder die wird hinterher garantiert nicht zum Egoisten und amoralischen Menschen, dem Normen und Tabus egal sind.

In der Tiefe unserer Seele besteht ein Grundkonflikt zwischen Impulsen und Bedürfnissen einerseits und erworbenen Werten und Normen andererseits, oder in der Sprache S. Freuds: der Konflikt zwischen Es und Über-Ich. In der Regel bemerken wir nichts von diesem Konflikt, weil wir ihn verdrängt haben. Viele Menschen mit wiederkehrenden Depressionen leben zu stark auf der Seite der Normen und Werte, im wahrsten Sinne des Wortes überangepasst, und irgendetwas in ihnen wartet gewissermaßen trotz lebenslänglicher Gegenbeweise immer noch darauf, dass auf diesem Weg der Überanpassung das Gute passiert. Da es aber nicht passiert, geraten sie mehr und mehr in eine Art Jammerhaltung: „Wenn sich nur die anderen (oder gleich die ganze Welt) mehr an Werte und Normen halten würden, dann wäre alles viel besser.“ In der Therapie müssen sie umlernen und sich selbst um ihre Bedürfnisse kümmern.

Es ist im Alltag meist einfach, jene ausfindig zu machen, die die Normen verletzen: die Kollegen, die uns im Stich lassen, der Chef, der uns ausbeutet, die Mutter, die uns nicht respektvoll behandelt … Aber wem nützt das? Es geht in der Therapie nicht darum, die Guten und die Bösen ausfindig zu machen, sondern um die Konflikte zwischen Bedürfnissen und Normen im Patienten. Wenn so einer erzählt, wie schlecht er in der Ehe behandelt wird, ergreifen die Mitpatienten in der Gruppe oft schnell Partei. Eine verständliche Reaktion, nur hilft sie nicht weiter, sondern zementiert den Opferstatus. Es geht darum, den eigenen Anteil herauszufinden – natürlich nicht nach der Logik „selbst schuld" –, das Beziehungsgeschehen daraufhin zu durchleuchten, wie der Patient es ändern, wie er besser für sich eintreten könnte und das am besten gleich zu üben.

Die erste von drei Zauberformeln im Umgang mit Normen in der Therapie lautet: „Es gibt keine guten und schlechten Menschen." Zunächst einmal entlastet das alle Beteiligten fundamental, wirklich an der tiefsten Basis. Denn wenn es nicht um Schuld und moralische Verurteilung geht, können wir überhaupt erst darauf schauen, was zwischen den Menschen passiert, wer welche Bedürfnisse hat und sie vertritt oder verleugnet oder unbewusst versucht, manipulativ für Befriedigung zu sorgen. Und die zweite Zauberformel? „Alle echten Bedürfnisse sind immer berechtigt." Das können natürlich jene kaum glauben, die an ihre Bedürfnisse gar nicht mehr herankommen, sie nicht mehr zu spüren wagen, weil davor eine Mauer von Normen steht.

Wir müssen die (Fixierung auf) Normen zunächst einmal „außer Kraft setzen" und die Bedürfnisse befreien! Sind die Bedürfnisse erstmal frei und werden offen vertreten (also nicht verdreht und manipulativ über Normen), dann stellt sich heraus, dass bei den meisten Menschen ein sehr großes Bedürfnis besteht, mit anderen gut auszukommen und dass es diesen andern gut geht. Werden die eigenen Gefühle und Bedürfnisse offen und nicht-manipulativ vertreten, besteht die Chance, auf tiefere Beziehungen und echte Nähe. Erst wenn die Moral in den Hintergrund tritt, können wir die umfassende und echte Liebe zum Mitmenschen entdecken.

Das „Ich muss …" „Ich darf nicht …" „Das tut man nicht …" hat uns nicht weitergeholfen, in der Therapie noch nie. Wir sollten den mächtigsten Stellvertreter der Normübererfüllung, das „man" (man tut dies, man tut das nicht), abschaffen und durch „ich" und „du" ersetzen. Die echte Ich-Botschaft hängt

allerdings nicht am Wörtchen „ich“ und seiner Verwendung, sondern daran, dass der Patient sich und seine Bedürfnisse endlich offen kommuniziert.

Wenn Schuld ein Gefühl wäre, würden wird dann von Schuldgefühlen sprechen? Vermutlich nicht. Bei Schuldgefühlen oder auch „schlechtem Gewissen“ handelt es sich meist um Pseudogefühle, um einen Schutzmechanismus, der die schwierig auszuhaltenden Gefühle und Bedürfnisse dahinter abwehrt. Je bereitwilliger sich jemand in der Therapie (und im Leben) für schuldig erklärt, desto weniger muss er sich damit beschäftigen, um was es wirklich geht: meist um Angst und Scham. Wenn ein Mann seine Frau betrogen hat, hat er Angst vor der Scham, wenn es andere mitbekommen, vielleicht hat er auch Angst, seine Frau zu verlieren – oder sogar, Angst sich zu trennen (weil er das Nebenverhältnis eigentlich fortsetzen will).

Der Begriff Pseudogefühl stammt aus der Gewaltfreien Kommunikation und bedeutet, dass es sich nicht wirklich um ein Gefühl von mir handelt. Ein Beispiel: „Ich fühle mich verletzt.“ Wir alle wissen, wie sich das anfühlt, aber im Sinne der GFK ist das kein Gefühl, da ich nicht bei mir bin, sondern beim „Täter“, der mich verletzt hat. Echte Gefühle in diesem Zusammenhang wären z.B. Trauer, Wut, Angst, Scham. Sicher ist das Konzept „Pseudogefühl“ diskutabel, aber spüren Sie selbst hinein, wenn Sie das nächste Mal von „verletzt“ reden oder jemand davon reden hören.

Pseudogefühle schützen uns davor, die eigentlichen Gefühle wahrzunehmen, weil diese zu schmerzhaft oder angstbesetzt sind. Mit „verletzt“ bin ich das Problem erstmal los, weil der andere das Problem bzw. der „Täter“ ist. Interessanterweise ist es oft auch für die Täter oder Verursacher einfacher, sich schuldig zu „fühlen“, als echte Gefühle zu spüren. Wenn ich mich schuldig fühle, kann ich mich entschuldigen, ohne meine tieferen Ängste, Ärgernisse und Traurigkeiten anzuschauen (im Beispiel oben: Trauer des Mannes, dass er sich schon lange von seiner Frau entfremdet hat). So korrespondieren manchmal das Pseudogefühl Schuld des „Täters“ mit dem Pseudogefühl Verletzung des „Opfers“. Kein Wunder, dass die Beziehung von solch einer Konstellation und Kommunikation nicht profitiert. Und Sie können sich vermutlich vorstellen, wenn dieses Ehepaar in die Paarberatung kommt, dass wir so keinen Schritt vorankommen, schon auch nicht mit einer Entschuldigung!

Das soll nicht heißen, dass Entschuldigungen prinzipiell sinnlos wären! Es ist sinnvoll, wenn Menschen Verantwortung für ihr Handeln übernehmen, in manchen Fällen auch sich entschuldigen oder sich evtl. auch selbst zu verzeihen lernen, wenn eine Entschuldigung bei den Opfern nicht möglich oder nicht ausreichend erscheint. Die emotionalen Qualitäten, die damit verbunden sind, können allerdings sehr verschieden sein, und sind therapeutisch relevant und werden mit „Schuld“ nicht wirklich erfasst. Schuldgefühle sind nicht per se auszuschließen, vor allen Dingen dann nicht, wenn sie einen realen Bezug haben – z.B. Verursachung eines Autounfalls durch überhöhtes Tempo oder unter Drogeneinfluss (wobei man interessanterweise rechtlich gerade da teilweise als schuldunfähig gilt). Schuldgefühle können so unerträglich sein, dass sich Menschen deswegen suizidieren! Aber auch hier könnte man fragen, geht es wirklich um die Schuld? Oder stecken wiederum Angst und Scham dahinter, anderen „unter die Augen zu treten“ bzw. nicht mehr „in den Spiegel sehen zu können“?

Wir alle wissen, wie sich Schuldgefühle „anfühlen“ und lassen uns nicht so leicht durch rationale Einwände, dass sie unangemessen sind, überzeugen. Schuldgefühle überwinden bedeutet aufgrund ihrer Hartnäckigkeit auch, dass neue Gedanken und neue Reaktionen gewissermaßen eingeübt werden müssen. Es reicht also nicht, sich einmal klar zu machen, dass ich nicht schuld war oder alles wesentlich komplexer ist, als es das Urteil „schuldig“ erscheinen lässt. Denn das Muster, das beim Denken an das Problem XY Schuldgefühle auftreten lässt, springt automatisch an. Aber die Erkenntnis ist der notwendige erste Schritt: Wir müssen tatsächlich bereit sein, Schuldgefühle loszulassen.

Bei Patienten mit Depressionen fällt häufig auf, dass ihre Schuldgefühle unverhältnismäßig, also überproportioniert und starr wirken, unbeeinflussbar von einem Realitätscheck z.B. bezüglich realer Handlungsalternativen zum Zeitpunkt der „Tat“ oder dem multifaktoriellen Entstehungskontext des Vorfalls. Das Schuldigfühlen tritt wie ein Mechanismus ein, selbst wenn dieser mit reichlich Tränen verbunden ist. Nach längerer therapeutischer Arbeit und wenn wir als Therapeut den Patienten gut kennen, kann dann die Frage nach dem „Nutzen“ der Schuldgefühle hilfreich sein. Manchmal steckt hinter der intensiven und tränenreichen Beschäftigung mit Schuldgefühlen in Bezug auf

die Vergangenheit eine Angst (verbunden mit Sehnsüchten), sich in der Gegenwart oder nahen Zukunft „schuldig“ zu machen.

„Ich hätte mich vor 20 Jahren von meinem Partner trennen müssen, da hätte ich meinen Kindern viel erspart.“ Auch wenn die Patientin dies als „Schuldgefühl“ bezeichnet, es ist alles, nur nicht Schuld, sondern z.B. Angst, die Lebensbilanz anzuschauen, und wahrscheinlich noch mehr Angst, sich jetzt – endlich – zu trennen und, nein, nicht schuldig zu werden, sondern für diese Aktion Verantwortung übernehmen zu müssen; oder natürlich auch die Angst, immer noch vom Partner so abhängig zu sein (z.B. finanziell), dass es vielleicht gar nicht geht. Sie kennen ja meine Devise in der Psychotherapie: „Reden wir mehr über das, was vor uns liegt, und die Ängste die damit verbunden sind, als schon wieder über die Vergangenheit!“ Das gilt gerade auch für Schuldgefühle.

Der größte Teil von Schuldgefühlen verdeckt Scham. Für viele Menschen, selbst solche mit reichlich Therapieerfahrung (sogar Therapeut*innen), gilt Scham immer noch als Symptom für Schwäche, Krankheit oder mangelnden Selbstwert, als etwas rundum Schlechtes, das es zu überwinden gilt. „Die Scham ist vorbei“ – das klingt erstmal gut, und im Zusammenhang der Frauenbewegung hatte der Slogan durchaus seine Berechtigung. Als Therapieziel aber nicht. Erst wenn Betroffene lernen, mit Scham anders umzugehen und eine angemessene Scham tolerieren können, können überhaupt Therapiefortschritte gelingen. Therapie heißt sich öffnen, und wenn wir uns so öffnen, dass andere, und sei es nur der Therapeut, etwas sehen, was wir bisher verborgen haben, meldet sich Scham. Sie hilft uns, das Fenster zum Hereinschauen nicht zu schnell und zu weit zu öffnen. Das Schwierige an „der“ Scham ist, dass die verschiedenen Formen davon ineinander übergehen können, und solange Patienten dies nicht differenzieren können, sondern von jeglichem Auftreten von Scham überwältigt werden, jegliche Scham als „toxisch“ erleben, solange können sie noch kaum von Therapie profitieren.

Es gibt also etwas wie eine „natürliche“ Scham, die offenbar auch einige Tiere kennen. Sie meldet sich, wenn wir etwas mehr oder weniger Intimes von uns preisgeben und hemmt uns, zu schnell zu weit zu gehen mit der Enthüllung. Sie meldet sich wahrscheinlich auch, wenn ich bei anderen an die Grenzen der körperlichen oder seelischen Intimität gelange oder wenn

andere sich gerade öffnen und gewissermaßen enthüllen. Sie hilft somit, unser Sozialverhalten zu regulieren.

Dann gibt es die Scham als Entsetzen darüber, etwas Falsches getan zu haben. Das kann moralisch falsch sein oder auch ästhetisch (z.B. over- oder underdressed erscheinen) oder ein Misslingen einer Aufgabe. Das Entsetzen lernen wir in unseren Kinderjahren zunächst aus der Reaktion unserer Bezugspersonen. Es kann sich durchaus um etwas handeln, worüber wir uns eben noch gefreut hatten oder worauf wir sogar stolz waren. Der Klassiker unter den Beispielen: Ein Kind bemalt bzw. bekritzelt die Wand im Kinderzimmer und freut sich vielleicht sogar, der Mama dies zu zeigen. Diese reagiert entsetzt und schimpft.

Den Mechanismus, sich für einen Fehler zu schämen, verinnerlichen wir und können uns ohne später auch ohne Anwesenheit von andern schämen. Daran ist auch nichts Schlimmes: Die Menschheit kommt nicht ohne Scham aus, weil wir vermittels Scham lernen, unser Verhalten an Werten und Normen auszurichten. Für das Kleinkind allerdings ist es wichtig, dass dieses Gefühl von „ich habe etwas falsch gemacht“ sich nicht derart ausbreitet und anhält, dass es als „ich bin falsch“ erlebt wird. Daher muss die Mutter oder Bezugsperson dem Kleinen helfen, aus der Schockstarre wieder herauszufinden. Wichtig wäre also, dass die Mama dem Kind hilft, aus der Scham herauszukommen und idealerweise auf dem Arm zu nehmen: „Das darfst Du nicht machen. Ich habe Dich lieb!“

Schädlich wird die Scham, oder wie man heute sagt „toxisch“, wenn diese relativierende Reaktion der Bezugsperson ausbleibt und diese stattdessen in Wut und Verachtung verharrt oder das Schämen des Kindes ausdehnt oder provoziert, es „beschämt“. Denken wir beispielsweise daran, wie Kinder früher im Kindergarten, vor Schulklassen oder in Kinderheimen bloßgestellt und beschämt wurden.

Wir alle schämen uns immer wieder. Jedoch mehr oder weniger. Selbstverständlich würde ich gerne auf das Gefühl der Pein(lichkeit) verzichten. Allerdings, ständig entstehen neue Anlässe für Scham: Wenn ich etwas nicht für mich behalten kann … wenn ich meine Interessen in einem Streit impulsiv und lautstark statt achtsam durchsetze … wenn ich in der Sauna einem Klienten begegne oder deshalb gar nicht in die Sauna gehe … wenn ich mich zu

weit aus dem Fenster gelehnt habe und etwas gar nicht so genau weiß aber so getan habe … wenn ich „über die Maßen“ gelobt werde … Es gibt so viele Formen von Scham, wir schämen uns für Fehler und Schwächen, besonders für vermeintliche (z.B. weinen zu müssen), für Herkunft und Aussehen, für unsere Liebsten, für Religion oder Atheismus, für Essverhalten und die bevorzugte Mobilität (Auto) usw. Angst vor Scham kann uns vom sozialen Leben abhalten oder eben extrem hemmen. Sie führt zu dem Perfektionismus, der aus der Scham geboren wurde („bloß nichts falsch machen!“), und ein wesentlicher Teil des Krankwerdens ist.

Der Psychiater Daniel Hell sagt: Scham ist ein Indiz der Selbstachtung, sie ruft uns eindringlich unsere eigenen Werte in Erinnerung. Sie bestärkt unsere Würde und hilft zwischenmenschliche Probleme zu regulieren. Deutliche Schamgefühle können im therapeutischen Prozess anzeigen, dass das Selbstvertrauen des Patienten steigt und die zuvor oft feststellbare Selbstentwertung an Dominanz verliert. Scham setzt nämlich ein gewisses Maß an Selbstachtung voraus: Wer sich schämt, hält es aus, sich mit sich selbst zu beschäftigen – wer dagegen nur gekränkt ist, sucht die Ursache und die Lösung beim anderen.

„Wir alle haben Angst, über Scham zu sprechen“, weiß die Schamforscherin Brené Brown. Doch: „Je weniger wir über Scham sprechen, desto mehr Kontrolle gewinnt sie über unser Leben. … Wenn etwas Beschämendes passiert und wir es unter Verschluss halten, dann eitert und wuchert es.“ Letztlich geht es um unseren Selbstwert oder um die Sorge um unseren Selbstwert. Wie liebenswert bin ich, wenn ich unvollkommen bin? Brené Brown berichtet – auch aus eigener Erfahrung –, bei Frauen entstehe oft schon große Scham allein dadurch, dass sie sich zu Wort melden bzw. ihre Stimme erheben, weil sie zum großen Teil gelernt haben, angepasst zu sein und sich unterzuordnen. Da sind wir dann schon wieder sehr nah am Thema Depression und Überangepasstheit: Wie viele Patientinnen und Patienten sind immer noch brave Mädchen und brave Jungs!

Fassen wir zusammen: Schuld und Moral haben in der Psychotherapie zunächst einmal keinen sinnvollen Platz, ohne Scham dagegen geht es nicht. Therapeutischer Fortschritt beinhaltet oft, mit Scham besser umgehen zu können. Dazu müssen wir erkennen, um welche Scham es gerade geht: Da ist erstens jene Scham, die sich meldet, wenn andere von uns etwas sehen,

was bisher im Verborgenen lag. Schon ganz anders liegt zweitens der Fall, wenn andere etwas von mir sehen, was ich (noch) nicht zeigen wollte, etwa wenn wir von Mitwissern bloßgestellt werden. Das kann passiert und kann sich, je nachdem welche biografischen Erfahrungen mit Scham assoziiert sind, dramatisch anfühlen. Dennoch, im Prinzip ist Scham auch hier eine gesunde Reaktion. Das gilt auch drittens für die Scham, wenn wir gegen unsere eigenen inneren Werte verstoßen (oder uns unsicher sind, ob wir dagegen verstoßen haben). Zum therapeutischen Fortschritt gehört wesentlich die Verinnerlichung und Festigung des positiven Glaubenssatzes „Ich darf Fehler machen!“ Natürlich darf ich auch moralische Fehler machen, ohne mich deswegen in Grund und Boden zu verdammen, also zu schämen.

Damit sind wir beim Schlimmsten: Nicht richtig oder nicht gut genug zu sein. Diese bedeutendste und massivste Form von Scham nenne ich die existentielle Scham oder Ur-Scham. Nicht gut genug sein (oder dies glauben), ursprünglich nicht gut genug, nicht richtig für die Bezugspersonen, jetzt für diese Welt. Nicht okay sein. Sich grundverkehrt fühlen. Nicht willkommen sein. Sich blitzschnell abgelehnt fühlen. Sich schuldig zu fühlen für etwas, an dem man keine Schuld hat: auf die Welt gekommen zu sein. Weil sie Angst haben, davon überwältigt zu werden, vermeiden Patienten oft jede Art von Scham. Aber der Weg führt durch Angst und Scham hindurch. Therapie bedeutet, soviel im Vorgriff auf die Arbeit mit dem inneren Kind, erwachsen werden: Sich selbst das geben, was die Bezugspersonen nicht gegeben haben – die Erlaubnis und das Willkommen, einfach da zu sein, mit allen Gefühlen und Bedürfnissen.

Kapitel 05

Wenn die Psychotherapie vom Sinn des Lebens spricht
… geht es meist um Bedürfnisse

Menschen haben das Bedürfnis, etwas Sinnvolles zu tun – oder das, was sie tun, als sinnvoll zu (v)erklären. Alle Menschen? Ich weiß es nicht. Aber viele mit Sicherheit. Sonst hätte das Thema „Sinn“ nicht so häufig eine große Bedeutung in der Therapie. Oft ist es aber auch eine Projektionsfläche, d.h. ein unbewusstes Ablenkungsmanöver.

Eine sinnvolle Arbeit kann Menschen zeitweise davon abhalten, seelisch krank zu werden, dafür kennen vermutlich auch Sie einige Beispiele. Oft wird auch das als sinnvoll erlebt, was man gut kann, wofür man kompetent ist (und wofür man Anerkennung bekommt, da hören Therapeuten natürlich schon die Nachtigall trapsen: dass es auch bei der Sinnfrage oft um andere Bedürfnisse geht).

„Wer eine Aufgabe im Leben hat, der braucht keine Therapie.“ Diese Aussage von Viktor Frankl (1905-1997) kann als Kurformel für die von ihm begründete Logotherapie gelten, eine Richtung mit vielen sympathischen Annahmen und interessanten Methoden. Es hat mit Sinn zu tun, dass wir unserem Leben immer wieder einen roten Faden einweben, uns bemühen, einen inneren Zusammenhang und ein Wozu erkennen zu lassen. Aber wer entscheidet darüber, was eine sinnvolle Aufgabe ist?

Als Therapeut erscheint es mir eher „verdächtig“, wenn Patienten (und um die geht es, nicht um Mutter Theresa oder Ghandi) ihr Leben nur einer Aufgabe widmen oder gewidmet haben – denn diese kann nie die Befriedigung aller wesentlichen seelischen Bedürfnisse (Bindung, Autonomie, Anerkennung, Zugehörigkeit u.a.) gewährleisten. Wenn jemand etwa zugunsten der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft und der Anerkennung dort auf Partnerschaft und Autonomie weitgehend verzichtet, kann dies auch als Vermeidungsverhalten verstanden werden. Es ist jedenfalls ein riskanter Weg, was sich dann zeigt, wenn die Gemeinschaft oder die früher empfundene „Berufung“ irgendwann nicht mehr als das ein und alles erlebt wird.

Es hat immer wieder Philosophen gegeben, die das „Vergessen“ der Sinnfrage für den besten Umgang damit gehalten haben – weil die Frage aus verschiedenen logischen oder ontologischen Gründen unsinnig sei: Auf die Frage nach den letzten Dingen gibt es nämlich keine vernunftbegründete absolute Antwort. Die Antwort „liefert“, wenn überhaupt, ein Glaube an etwas sinnhaft Übersinnliches. Übrigens meint sogar Frankl, dass wir die Sinnfrage objektiv gar nicht stellen können und bewegt sich damit in der Nähe der Existentialisten seiner Zeit: den Sinn geben wir uns im Leben selbst, sind gewissermaßen dazu „verdonnert“.

Psychologen verschiedener Richtungen haben ebenfalls den übergeordneten Sinn in Frage gestellt und eine derartige Suche, vor allem wenn sie zur Sucht wird, in den Bereich der Neurose gerückt: Es könnte sein, dass wir uns (vermeintlich) großen Aufgaben hingeben, Hingabe ist in diesem Kontext übrigens ein bezeichnendes Wort, weil wir uns anders selbst nicht lieben können – doch mit der großen Aufgabe lernen wir die Selbstliebe erst recht nicht und werden auch von anderen nur bedingt geliebt, nämlich als der oder die, die viel leistet oder bewundernswert ist. Oft leben wir in einer Illusion, uns selbst zu lieben, solange wir uns in der Aufgabe selbst aufgeben.

„Wer keine Aufgabe mehr hat, muss aufgeben.“ Das stammt von mir. Solche Kapitulation ist nicht selten der Beginn der Therapie – und die Neubesinnung sollte bloß nicht zu schnell auf neue große Aufgaben und „Lebenssinn“ zielen! Der Sinn ist nämlich überfordert, wenn er alleine es stemmen soll, dem Leben Halt zu geben oder es gar zu erfüllen. Da fehlt die persönliche Liebe, die leistungsfreie Bindung an andere, da fehlen die Sinne und die Sinnlichkeit, da fehlt die Begeisterung für Lebendiges wie Musik oder Natur oder, ja, warum nicht, für Fußball, das Spielerische, auf jeden Fall fehlt die Leichtigkeit – all das, was Lebensqualität noch bedeuten kann, selbst wenn wir nicht oder nicht mehr aktiver Teil eines übergeordneten größeren Werks sein können.

Es geht also bei der Sinnfrage aus therapeutischer Sicht um ganz andere Themen, die wir nicht anschauen wollen, und Fragen, denen wir uns nicht stellen: Was sind meine Wünsche an das Leben? Kenne und verfolge ich meine Bedürfnisse? Wofür könnte die Sinnfrage stehen? Tatsächlich bin ich als Therapeut da meist „knallhart“ oder „konfrontativ“. Ich bin ja studierter Philosoph mit Magister Artium, ich kann es mir leisten, eine zu „philosophische“

Diskussion in der Therapie abzuwürgen: „Moment mal, wir sind ja hier nicht im Philosophieseminar. Und Sie sind nicht hier, weil Sie sich an dieser Universität eingeschrieben haben, sondern weil Sie bisher die Trennung von Ihrer Frau nicht überwinden und Angst haben, dass das Leben nicht mehr lebenswert gestalten können …“ Oder so ähnlich.

Patienten mit wenig Therapieerfahrung haben neben der Frage nach dem Sinn des Lebens manchmal noch ein anderes Lieblingsthema: Glück. Nach Therapiezielen gefragt, kommt häufig die Antwort: „Ich möchte wieder glücklich sein.“ Das ist sehr verständlich, aber in dieser Allgemeinheit kein Therapieziel. Wir müssen uns vom Glück lösen und zur Zufriedenheit kommen, denn darin steckt Befriedigung von Bedürfnissen – und der Umgang mit Bedürfnissen ist der Kern der Therapie.

Übrigens, akademisch-wissenschaftliche „Glücksforscher“ sehen das offenbar genauso. Das Glück ist, wenn man bei ihnen genauer hinschaut, etwa beim renommierten „Glücksprofessor“ Ruut Veenhoven, nichts anderes als ausgeprägte Zufriedenheit. Er nimmt z.B. an, dass sich die meisten Deutschen meistens „glücklich fühlen“ (echt jetzt?!), weil sie entsprechend hohe Werte auf Zufriedenheitsskalen ankreuzen. Ich kann all die glücklichen Deutschen nicht sehen. Immerhin wird von modernen Glücksforschern nicht behauptet, Glück im Leben habe wenig mit der Realität zu tun, sondern vor allem mit unserer Einstellung.

Offensichtlich haben sich Philosophen aller Zeiten viel zu viel damit befasst, wie man glücklich wird, wenn es mies läuft im Leben, also sozusagen „trotzdem“. Das ist therapeutisch schon interessant. Ich finde es aber auch bemerkenswert, wie viele Menschen unglücklich sind, obwohl sie – aus der Beobachter-Perspektive gesehen – glücklich sein könnten! Wie kann es sein, dass jemand „eigentlich“ alles hat, was er braucht, um zufrieden zu sein, aber unglücklich ist?

Sie kennen die Antwort: Da stimmt halt etwas nicht mit den wesentlichen Bedürfnissen. Wenn der Psychotherapeut „eigentlich“ hört, reagiert er meist elektrisiert, denn „eigentlich“ bedeutet, da fehlt irgendetwas Wichtiges zum Glück, was ich aber nicht benennen mag oder kann. Patienten sagen dann: „Es muss an der Depression liegen.“ Nö! Im Gegenteil, man muss die pathologische Verdrehung wieder vom Kopf auf die Füße stellen: Die Depression

beruht darauf, dass wir nicht auf die Bedürfnisse und ihre Befriedigung schauen.

Wenn Sie Angst haben, dass Ihr Unternehmen in der aktuellen Krise pleite geht und Ihnen die Frau wegläuft, dann ist Ihr Bedürfnis nach Sicherheit nicht erfüllt. Aber vermutlich sind Sie ein Mann, der nicht gelernt hat, Ängste zuzulassen oder gar zu besprechen, außerdem müssen Sie als Unternehmer und erst recht bei Ihrer Frau, die es von Ihnen gewohnt ist, Optimismus verbreiten. So kann man depressiv werden, obwohl man scheinbar alles hat.

Glück meint hohe Werte von Zufriedenheit. Aber viele Patienten behaupten von sich, zufrieden zu sein, ohne dass sie es sind. Zum einen, um nicht als undankbar zu gelten, zum andern weil es zur angstvermeidenden Haltung vieler Betroffener gilt, lieber schnell „bassd scho“ zu sagen, als genauer hinzuspüren. Viele haben sich schon lange mit dem Spatz in der Hand zufriedengegeben und verleugnen ihre Sehnsüchte.

Wer Therapie macht, lernt, dass die Erfüllung von zentralen Bedürfnissen, um Lebensqualität, -freude und -glück zu finden, meist die Bereitschaft voraussetzt, Risiken einzugehen. Die Entscheidung für Glücksfähigkeit ist weniger die für eine gelassene Geisteshaltung (die ist auch nützlich), sondern jene, die Komfortzone des „passt schon!“ zu verlassen und etwas zu wagen.

Sicher gibt es auch das Glück der Gelassenheit, welches der Buddhismus als das wahre Glück verspricht, aber es ist nur ein besonderes Glück, nicht das einzig wahre. Mir ist es suspekt, dass der Weg des Glücks u.a. mit Sinnenfeindschaft verbunden zu sein scheint. Nicht von ungefähr sind viele buddhistische Vorbilder Mönche und Nonnen.

Was für uns Glück ist oder wäre, können wir nur selbst wissen. Aber wenn Sie in Therapie kommen, werde ich schon darauf hinweisen: Unsere primären seelischen Bedürfnisse (Bindung, Autonomie, Anerkennung, Zugehörigkeit) beziehen sich auf andere Menschen. Wir brauchen andere für erfüllende Beziehungen, auch für Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung. Deswegen ist die Jagd nach Glück eben nicht zwangsläufig egoistisch. Von Marshall Rosenberg, dem Erfinder der Gewaltfreien Kommunikation (GFK), er war übrigens zunächst Psychotherapeut, können wir lernen: Echte Bedürfnisse sind zunächst einmal immer berechtigt, und wenn wir lernen, für sie einzustehen, wirken wir nicht trennend, sondern verbindend, kommen wir anderen näher.

Wir scheuen uns oft, die Glücksfrage zu stellen, genauer: sie radikal und verbindlich zu stellen. Lieber philosophieren wir. Werden wir nach persönlichem Glück gefragt, bleiben wir im Nebulösen. Doch wer nur Unglück vermeidet, droht depressiv zu werden – und am Ende unglücklich. Lebenslust, also der Appetit auf Leben, hat damit zu tun, dass wir uns der Glücksfrage stellen und konkret werden: Was brauche ich und was tue ich dafür?

Wir würden zweifellos wahnsinnig werden, wollten wir versuchen, ständig auf unsere Bedürfnisse zu hören. Daher überlassen wir im Alltag viele „Entscheidungen“ darüber, was wir brauchen, den Gewohnheiten oder eben gewohnheitsmäßig anderen Menschen. Aber wir werden auch krank, wenn wir zu wenig auf die eigenen Bedürfnisse hören. Bedürfnisse wahrzunehmen, das ist tendenziell mit Konflikten verbunden. Da die wenigsten von uns Konflikte a priori lieben, banalisieren oder bagatellisieren wir häufig Bedürfnisse, die auftauchen (könnten): „Ach, nicht so wichtig, passt schon …“

Bis heute fällt es mir schwer, mit dem Essen aufzuhören, solange noch Essen auf dem Teller liegt. Ich habe gelernt, dies sei eine Sünde. Von klein auf lernen wir, dass Bedürfnisse im Streit mit Normen liegen. Ohne Normen und Werte können Menschen nicht zusammenleben, aber solange wir uns als erwachsene Individuen vor allem an (den tradierten, beigebrachten) Normen orientieren und uns für jede Handlung oder jeden Wunsch auf Normen berufen (müssen), haben wir noch nicht gelernt, zu den eigenen Bedürfnissen zu stehen. Das ist häufig am Beginn der Therapie der Fall, wenn auf die Frage „Was brauchen Sie?“ gar keine Antwort kommt, ein Achselzucken oder sowas wie „Ich weiß nicht.“

Man sieht dann noch eher bei anderen, dass sie „maßlos“ oder „egoistisch“ sind – da ist Projektion im Spiel, ein eigenes Thema. Hier nur so viel: Sehr kurios bis spannend zeigt sich, wie wir bei anderen oft eher die Bedürfnisse wahrnehmen als bei uns. Und umgekehrt scheinen andere über unsere Bedürfnisse manchmal besser Bescheid zu wissen als wir selbst. Allerdings, auch dieses „Überkreuz“ kann Quelle von Konflikten sein: Wenn wir uns selbst im Weg stehen, macht es nicht unbedingt Freude, wenn andere uns den Weg zeigen wollen!

Bedürfnisse, sagt Marshall Rosenberg, sind immer legitim – aber andere Menschen sind nicht für unsere Bedürfnisbefriedigung zuständig und

müssen auch nicht mit der Art unserer Bedürfnisbefriedigung einverstanden sein. Nicht immer legitim sind nämlich unsere Strategien der Bedürfnisbefriedigung. Richtig knifflig, heikel und problematisch wird es, wenn wir Bedürfnisse mit Strategien verwechseln. Wenn ich mich z.B. nach einem anstrengenden Arbeitstag zu lauter Musik austoben möchte, so ist das durchaus legitim, dagegen ist es überhaupt nicht in Ordnung, dies im 6. Stock eines Mietshauses in die Tat umzusetzen, so dass etliche Nachbarn unter meinen wummernden Bässen und meinem Getrampel zu leiden haben. Eine „Strategie“ verfolgen bedeutet in diesem Sinne: Eine Art von Bedürfnisbefriedigung für die einzig mögliche oder wahre oder berechtigte zu halten.

Ein Beispiel mit noch mehr Sprengkraft: Wenn ich gerne tanzen gehe und dies regelmäßig „brauche“ für meine innere Balance, dann handelt es sich um ein legitimes Bedürfnis. Eine „Strategie“ im Sinne der GFK dagegen ist es, dieses Bedürfnis mit dem Wunsch nach einer fixen Tanzpartnerin zu verbinden, also z.B. meiner Ehepartnerin. Das kann allenfalls ein Wunsch sein, ein reines Bedürfnis ist es nicht, denn andere Menschen sind nicht für unsere Bedürfnisbefriedigung zuständig.

Etwas therapeutischer könnte man sagen: Tun wir so, als gäbe es für ein bestimmtes Bedürfnis nur eine einzige Form der Befriedigung oder einen einzigen Menschen, der es befriedigen kann, verhalten wir uns wie kleine Kinder. Neuerdings berufen sie sich dazu absurderweise noch auf ihr „inneres Kind“, dabei sind sie selbst als Erwachsene für die Bedürfnisse ihres inneren Kindes zuständig und nicht andere Menschen!

Bei manchen Bedürfnissen (z.B. Sexualität) scheint der Partner nicht verhandelbar. Und umgekehrt sollten feste Partner im Bereich wichtiger Bedürfnisse deutliche Schnittmengen aufweisen. Dennoch bleibt es ein sinnvoller Hinweis, dass wir als kleine Kinder zur Bedürfnisbefriedigung auf ganz fixe Bezugspersonen angewiesen waren. Als Erwachsene ist es unsere Aufgabe, uns in erster Linie um uns selbst zu kümmern.

Zunächst einmal geht es in der Therapie darum, die eigenen Bedürfnisse überhaupt zu spüren und sich den Konflikten zu stellen, die mit der Vertretung der Bedürfnisse verbunden sind. Interessanterweise wird dieses Verhalten von Betroffenen oft als „Egoismus“ verdächtigt bzw. sie haben Angst, von andern so eingeschätzt zu werden, also Angst vor der Scham. Das echte

Kümmern um eigene Bedürfnisse dient jedenfalls immer dem Zusammenleben und kann, authentisch gelebt, nicht egoistisch sein: Wenn mir meine Bedürfnisse wirklich wichtig sind (und das sind überwiegend Bedürfnisse mit sozialem Bezug), sind es mir auch die der anderen.

Moralischer Absolutismus ist „kindisch“, schreibt Jonathan Franzen, dessen Romane immer sehr psychologisch komponiert sind. „Kindisch“ ist keine schlechte Kategorie, wenn es um Moral geht, denn als Kinder lernen wir „mit Hilfe der Erwachsenen“ die Welt zu unterteilen in Gut und Böse. Viele von uns bekommen schon bald auch Ahnungen davon, dass irgendwas mit dieser Zweiteilung nicht stimmt, dass sie manchmal ganz wichtig ist, und dann auch wieder völlig ignoriert wird. Wir lernen die selektive Wahrnehmung und Nutzung moralischer Kriterien, und diesbezüglich weist unsere individuelle Biografie deutliche Parallelen mit der Menschheitsgeschichte auf, in der auch vieles moralisch Widersprüchliche möglich wurde, von der „Notlüge“ über „kreative Buchführung“ bis zum „gerechten Krieg“.

Begriffe wie Egoist oder Egoismus sind im Zusammenleben selten hilfreich in der Sache, allerdings verrät diese Sprechweise viel über das Verhältnis des Sprechers zu seinen Mitmenschen und über sein Verhältnis zu sich selbst.

Zwei Menschen leben zusammen, einer von ihnen begibt sich in Therapie, kurioserweise oft motiviert (oder nahezu gezwungen) vom Partner. Der Patient lernt im Laufe der Therapie, seine Bedürfnisse besser zu erkennen, zu verstehen und zu vertreten. Spricht er anfangs davon, dass „man“ dies oder das doch nicht tue oder „man“ dies oder das wohl erwarten dürfe, kann er sich nach und nach auf die eigenen Gefühle und Bedürfnisse beziehen und in Ich-Form entsprechende Wünsche formulieren.

Für Mitmenschen bedeutet dieses ungewohnte Verhalten eine Umstellung. Ganz besonders dann, wenn sie selbst noch nicht gelernt haben, ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse wirklich wahrzunehmen und sich stattdessen, wie früher der Patient, hinter Normen „verschanzen“ – weil sie ebenfalls früh gelernt haben, dass „man“ die Moral auf seiner Seite haben muss, um für sich einzutreten. Angehörige empfinden die größere Offenheit des Partners, über sich in Ich-Form zu sprechen, zunächst als verunsichernd und reagieren manchmal mit dem Vorwurf des „Egoismus“, was eine nachvollziehbare Abwehrstrategie darstellt.

Ganz unbeteiligt ist der Patient allerdings auch nicht. Meine These lautet, dass häufig die als „Egoisten“ wahrgenommenen (Ex-)Patientinnen nicht zu viel von sich und ihren Bedürfnissen reden, sondern immer noch zu wenig! Da die Schritte auf dem „Weg zu sich selbst“ mit erheblichen Ängsten vor Anfeindung und Scham verbunden sind, stützen sich die Betreffenden beim Vorangehen an anderen ab: „Mein Therapeut sagt …“ „Meine Mitpatientinnen haben mich ermutigt …“ oder „Meine Depression …“ Während also der Partner sich hinter Normen verschanzt, scheint der Patient seine Rückendeckung in der Therapie zu finden.

Erfolgreiche Therapie macht niemanden zum Egoisten, sondern verschafft der Empathie noch mehr Spielraum: Wer sich selbst wirklich fühlt und seine Bedürfnisse spürt und vertritt, kann dies bei anderen viel besser nachvollziehen und unterstützen. Umgekehrt gilt es auch: Wer seine eigenen Bedürfnisse nicht kennt und vertritt, ist übergriffig, wenn er meint empathisch nach den Bedürfnissen des anderen zu handeln oder zu fragen. Solches Fragen „Was brauchst Du? Was wünschst Du Dir?“, ist, wenn der Betreffende nicht wirklich über seine Bedürfnisse und Wünsche reden kann, eine missbräuchliche Verwendung der Gewaltfreien Kommunikation.

Der Begriff „Egoismus“ ist mit so viel moralischen Wertungen verbunden, dass ich ihn in den meisten Situationen, wo er fällt, für unangebracht halte. Er verrät eher etwas über die Hilflosigkeit und das Gefühl der Ohnmacht bei jenen, die ihn verwenden. Man sollte daher „Egoismus“ auch nicht in etwas Positives verwandeln, „gesunder Egoismus“ etwa, das klingt für mich wie „gerechter Krieg“.

Wer alles darauf setzt, in erster Linie angepasst zu sein, wer glaubt, dass er seine Gefühle und Bedürfnisse nur artikulieren „darf“, wenn er sich dabei auf allgemein gültige Normen berufen kann, der sieht vermutlich „Egoisten“, wo keine sind. Man würde psychologisch von Projektion sprechen. Die überproportionale Aufregung und Energie, mit der der Egoismus-Vorwurf häufig erhoben wird, etwa wenn noch von Scham (man solle sich schämen oder so etwas) die Rede ist, spricht meist Bände über die unerledigten Lebensthemen des Anklägers: Die enorme Entrüstung darüber, dass jemand etwas tut, was „man“ doch nicht tut (oder etwas nicht tut, was „man“ doch tut), ist im Kern kein Entsetzen über Selbstsucht, sondern über Selbstbestimmung – das, was dem Ankläger im tiefsten Inneren unvorstellbar erscheint.

Die Utopie des typisch depressiven Patienten, wie ich ihn in diesem Buch beschreibe (es trifft ja nicht auf alle Depressionen und die Betroffenen zu), besteht in der Illusion, dass die Welt besser wäre, wenn sich nur alle an die erlernten Normen halten würden. Aber was wäre das für eine schreckliche „Schöne neue Welt“ (Aldous Huxley), in der niemand mehr für seine eigenen Interessen eintritt, sondern nur noch für die der Allgemeinheit, weil er von klein auf so normiert wurde? Eine Welt des sozialen Terrors, die keinerlei authentischen Beziehungen mehr zulässt.

Eng verwandt mit dem Vorwurf und der Projektionsfläche „Egoismus“ ist das Thema „Verletzung“. Patienten haben davon häufig ein Verständnis, was in der Therapie unbedingt korrigiert werden muss. So etwa können Sie sagen: „Das hat mich tief verletzt …“, dass die Zimmernachbarin nicht mit ihr Eis essen gehen wollte. Anderes Beispiel: Nach einem anstrengenden Kliniktag hört eine Patientin einer Mitpatientin zwei Stunden zu, wie diese ihre traumareiche Lebensgeschichte erzählte. Auf die Frage des Therapeuten, warum sie nicht unterbrochen habe und ins Bett gegangen sei, sagt die Patientin was? Genau: „Ich wollte sie nicht verletzen.“

Es gibt echte Verletzungen und Pseudoverletzungen oder Selbstverletzungen. Zu den echten Verletzungen zählt etwa, wenn der Mann die eigene Partnerin mit einer anderen Frau betrogen hat, wenn der ältere Arbeitnehmer, der sich drei Jahrzehnte für den Job aufgerieben hat, auf einen Schlag durch einen Jüngeren ersetzt wird, oder wenn die Mutter die erwachsene Tochter anschreit: „Ach, hätte ich Dich doch abgetrieben.“ Wie kann man solche Verletzungen überwinden? In der akuten Phase gar nicht. Es braucht räumliche und zeitliche Distanz; und manchmal Therapie.

Es liegt aber keine Verletzung vor, wenn jemand offen seine Bedürfnisse kommuniziert: „Ich habe heute keine Lust auf Eis.“ Oder: „Ich hatte schon so viele Gespräche und so viel Input, ich brauche jetzt meine Ruhe.“ Das ist für den anderen vielleicht nicht angenehm, aber wenn es zu einer Verletzung kommt, dann weil er sie sich selbst dabei zufügt.

Reden wir von „Verletzungen“, so geht es um Täter und Opfer – eine extrem ungünstige Perspektive, wenn wir befriedigende soziale Beziehungen pflegen wollen. Und wenn wir in der Therapie vorankommen wollen. Noch ein Beispiel: Der Patient geht seit Jahren oder Jahrzehnten am Sonntagnachmittag

zur Mutter Kaffee trinken, er hätte schon gerne öfters etwas anderes unternommen, etwa mit seiner Frau, aber er traut sich nicht, seine Mutter zu „verletzen“. Derartiges hören wir ständig in der Therapie. Es ist aber Unsinn. Wir können unseren Eltern klarmachen, dass wir sie lieben (wenn es stimmt) UND gleichzeitig manchmal anderes an erster Stelle stellen als die Wünsche der Eltern. Daran zeigt sich erst, wie tragfähig die Beziehung zur Mama ist.

Für unsere Gefühle sind wir selbst verantwortlich, egal, was der andere gesagt und getan hast. Und Verletzung ist überdies meist, wie Marshall Rosenberg sagen würde, ein Pseudogefühl, etwas, das uns erlaubt, die wirklichen Gefühle zu verdrängen: bei der Mutter wäre das echte Gefühl z.B. die Angst, den Kindern nicht wichtig zu sein. (Und beim Sohn könnte es sogar die Angst verdecken, die Mutter wirklich loszulassen, sich als Erwachsener in gewisser Weise auch abzuwenden und die eigene Frau an erste Stelle zu setzen.)

Depressive Patienten haben (verdrängte) Angst vor der Angst. Dann halten sie sich lieber an die Normen, die Anpassung und an das Weltbild von den „Verletzungen“. Und weil so viele Mitmenschen verstehen, was es mit der „Verletzung“ angeblich auf sich hat, ist es einfach, nach diesen Mustern zu funktionieren – immer wenn es im Leben gerade schwierig ist.

Apropos Verletzung: Der Wert von Entschuldigungen wird total überschätzt und sie werden oft missverstanden. Manchmal braucht es wirklich eine Entschuldigung als Zeichen echten Mitgefühls, damit ein erstes Loslassen des alten Schmerzes möglich wird. Doch echtes Mitgefühl setzt voraus, dass überhaupt echte Gefühle gezeigt werden (ich war traurig, ich war wütend, ich hatte Angst Dich zu verlieren, ich habe mich geschämt, ich habe mich ohnmächtig gefühlt usw.) und nicht „das hat mich tief verletzt“. Verbleiben wir dagegen auf der Ebene der „Verletzung“, bleibt auch die Aufteilung von Täter und Opfer bestehen, das bedeutet nichts Gutes für die „Entschuldigung“ und bessert sicher nicht die Prognose für die Beziehung der beiden.

Nur wenn wir die Opferrolle verlassen und die Täterrolle nicht akzeptieren, wenn wir nichts Schuldhaftes getan haben, geben wir uns selbst die Erlaubnis und den Auftrag, weiterzugehen im Leben, statt uns weiter in der Vergangenheit zu verhaken. Aber irgendwie ist es halt für viele leichter (das soll nicht moralisierend klingen), weiter auf der Vergangenheit und Verletzungen herumzureiten als sich den Konflikten der Gegenwart zu stellen. Die Erfahrung

habe ich in der Paartherapie immer wieder gemacht: Es wird immer und immer wieder darüber geredet, wann wer wen „im Stich gelassen“ oder „ein Messer in den Rücken gerammt“ hat (merken Sie was?), statt den Zustand der Beziehung jetzt anzuschauen und anzupacken.

Es gibt keine guten schlechten Patienten! Vergessen Sie das nie, auch wenn Sie sich gerade „ertappt“ gefühlt haben sollten. Oft trauen sich Patienten einfach nicht zu, ihr Leben nach ihren Bedürfnissen gestalten zu können – und in diesem Zustand hilft es ihnen nicht, sie zu fest auf die Eigenverantwortung zu stoßen. Sie sind doch bisher mit ihrem Muster von Anpassung ganz gut durchgekommen, naja, wie gut, das sieht man ja jetzt. Doch Therapie ist eben oft ein langwieriger und oft kleinschrittiger Prozess. Und ich als eingefahrener Kurzzeittherapeut bin einfach oft zu ungeduldig. Lassen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen – aber gehen Sie los!

Kapitel 06

Das „innere Kind“ versorgen heißt: Erwachsen werden

Da wir Gefühle für Menschen und die Bedürfnisse, die wir mit diesen Menschen verbinden, nicht an irgendeinem Tag im Erwachsenenleben ganz neu erfinden, empfinden wir sie (meist unbewusst) irgendwie ähnlich wie „damals“, irgendwann früher, in Bezug auf andere Menschen. Psychotherapeutisch wird diese „Übertragung“ dann relevant und spannend, wenn die Gefühle und ihre Intensität als unangemessen – vom Absender oder vom Empfänger – erlebt werden.

Ich bin über 60 Jahre alt. Viele „meiner“ Patientinnen sind deutlich jünger, da liegt die Übertragung der Vater-Rolle in der therapeutischen Situation nahe. Allerdings ist eine Übertragung nicht an derartige, scheinbar eindeutige Konstellationen gebunden: Ein Patient im Seniorenalter kann einer jungen Therapeutin die Mutterrolle übertragen. Nicht einmal die Geschlechtsrollen sind vorgegeben. Die stärksten Übertragungen erlebe ich immer wieder bei Patientinnen mit ausgeprägten Essstörungen – und dabei habe ich manchmal den Eindruck, dass sie eine Mutterrolle auf mich übertragen (obwohl es in diesem Kontext durchaus auch intensive Vater-Übertragungen gibt).

Was genau ich als Therapeut erlebe und für die Patientin empfinde, nennt die Tiefenpsychologie in Freuds Nachfolge die „Gegenübertragung“. Freud war der Ansicht, dass die Gegenübertragung eine Reaktion auf die Übertragung der Patientin sei – und forderte, dass der Therapeut auf keinen Fall auf das Beziehungsangebot der Patientin eingehen dürfe (das besagt die sog. Abstinenzregel). Heute weiß man, dass die Gegenübertragung nie nur eine Reaktion ist, sondern auch Anteile des Therapeuten enthält, mag er noch so gut ausgebildet sein und seine Fälle in Supervision besprechen.

Transparenz und Klarheit sind bei vielen Patient*innen, gerade mit frühen Störungen, besonders wichtig; deshalb wird der Therapeut heutzutage nicht auf jenen Sankt-Nimmerleinstag warten, an dem die Patientin von alleine den Erkenntnisdurchbruch hat, sondern sie gleich in der Situation fragen: „Wie alt fühlen sie sich gerade? Woher kennen sie diese Situation? Was ist jetzt anders?“ Oder auch mit seiner Gegenübertragung konfrontieren: „Haben Sie

eine Idee, warum ich mich gerade wie eine Mami fühle, die ihr Kleines nicht versorgen kann?“

Daran könnte sich nahtlos die Frage anschließen: „Was braucht denn die Kleine gerade?“ Und wir wären mitten in dem, was heute gewöhnlich als „Arbeit mit dem inneren Kind“ bezeichnet wird und bei Therapeuten wie Patienten so beliebt ist. Nur häufig missverstanden, denn die ganze Arbeit dient dem Ziel, dass der Patient lernt, seine jüngeren Anteile (das innere Kind) mehr und mehr selbst zu versorgen – und das dabei ganz klar der erwachsene Anteil die Führung hat. Das Missverständnis dagegen besteht darin zu glauben, Arbeit mit dem inneren Kind bedeute, ihm die Führung zu überlassen.

Das Ziel von Therapie ist, dass Patienten noch mehr oder tatsächlich (psychisch) erwachsen werden und für ihre kindlichen Anteile selbst sorgen zu lernen. Wie soll diese Selbstfürsorge gelernt werden, wenn ich als Therapeut diese Funktion abnehme? Heute geht ein Großteil der Therapeutinnen und Therapeuten davon aus, dass viele Patientinnen emotional „nachgenährt“ und auch irgendwie „an die Hand genommen“ werden müssen – und das dabei der Therapeut für eine Übergangszeit eine nährende Rolle haben kann oder muss. Die Therapie sollte eine korrigierende Beziehungserfahrung ermöglichen. Aber sie darf diese Konstellation der Übertragung nicht zementieren. Das therapeutische Kunststück besteht also darin, dass die Patientin sich am Ende der Therapie aus der Übertragung befreit hat, selbst für sich sorgt, vielleicht indem sie am Modell des Therapeuten gelernt hat, wie es gehen könnte, und dies in entsprechende innere Instanzen integrieren konnte.

„Ich bin kein kleines Kind mehr, ich gestalte meine Beziehungen erwachsen.“ In dieser oder ähnlicher Form könnte dies ein begleitender Glaubenssatz werden. Doch dieses erwachsene Ich muss immer wieder, gerade in kritischen Alltagssituationen, eingeübt und aktiviert werden.

Die „Arbeit mit dem inneren Kind“ ist eine Art Mode geworden. Daran ist zunächst nichts verkehrt. Einen großen Anteil an der gegenwärtigen Popularität hat das Buch von Stefanie Stahl: „Das Kind in Dir muss Heimat finden“. Es handelt davon, wie wir unsere erworbenen Glaubenssätze prüfen und verändern können und welche tagtäglichen Übungen uns weiterhelfen auf dem Weg. Allerdings ist der Ansatz, dabei ein „Schattenkind“ und ein

„Sonnenkind“ zu unterscheiden, eher speziell – es gibt viele andere Optionen, mit dem inneren Kind zu arbeiten – und therapeutisch für manche Patienten heikel, weil polares Denken ihren Heilungsprozess nicht unbedingt fördert.

Das Kind in uns war selbstverständlich in der Psychotherapie schon immer präsent! Mir fällt immer wieder auf, dass sich Klienten mit einem einzigen inneren Kind, also einer ganz bestimmten Kindheitsphase identifizieren und meinen, dies, und nur dies, sei der oder die „Kleine“. Dabei ist häufig jenes innere Kind, das viel mehr Probleme bereitet und noch mehr einer Rettung bedarf (weil z.B. die sehr früh erlernte Scham den Erwachsenen nach wie vor beherrscht), gar nicht zugänglich, etwa weil es aus noch früheren Phasen stammt.

Den Rückfall in ein Kindheitsverhalten, das Ausleben eines kindlichen Musters, hat die Tiefenpsychologie früher in Ergänzung zur „Übertragung“ zurecht als „Regression“ bezeichnet. Die wiederholte bloße Regression ist an sich nicht therapiefördernd.

Wenn ich einen Hoody (Kapuzenpullover hieß es früher) anziehe, gerade wenn es mir an einem Sommerabend kühl geworden ist, schmiege ich mich manchmal in das Textil hinein, als handele es sich um jenes hellblaue Kapuzenbademäntelchen, das ich als Kind angezogen bekam, wenn ich im Schwimmbad ziemlich durchgefroren aus dem Wasser kam. Diese Vorstellung tut mir gut, aber ich würde heute nicht mehr solch ein Bademäntelchen tragen, es sei denn für eine therapeutische Inszenierung, ein Rollenspiel. Therapie bedeutet: das innere Kind an die Hand nehmen! Der Erwachsene lernt, selbst für seine kindlichen Anteile zu sorgen, speziell für die damals nicht ausreichend befriedigten (und daher in gewisser Weise unstillbaren) frühkindlichen Bedürfnisse. Um im Beispiel zu bleiben: Falls ich nie ein solches Bademäntelchen hatte, kann es höchste Zeit sein, mir irgendetwas mit diesen Eigenschaften zu besorgen und versuchen, die damit verbundene Zuwendung zu erleben, d.h. selbst zu geben. Das bedeutet aber nicht, dass alles, was „der Kleine“ gerade meint zu brauchen, auch bekommt. Der Erwachsene hat die Führung. Etwas überspitzt, aber dadurch gut erinnerbar hat dies ein Chefarzt einmal so formuliert: „Ich möchte nicht, dass ein abreisender Patient bei der Entlassung einen Schnuller im Mund hat.“

Interessant in diesem Zusammenhang ist auch die therapeutische Beobachtung, dass Klientinnen, deren inneres Kind – von außen betrachtet – sie nahezu beherrscht, die sich z.B. bei mehr oder weniger banalen Anlässen trotzig, fordernd oder verletzt wie kleine Kinder aufführen, die mit 40 Jahren noch mit Kleinkindstimme sprechen usw., manchmal in der therapeutischen Arbeit gar keinen Zugang zum inneren Kind bekommen oder sagen, sie würden ihr inneres Kind nicht kennen. Das „Homecoming“ (die Heimkehr des Kindes oder auch des Erwachsenen zum Kind) wird in dem Fall vom Kind selbst blockiert, sagt John Bradshaw (1933-2016).

Es ist berührend, wie zärtlich Bradshaw das kindliche Wesen beschreibt: Das Kind brauche bedingungslose Liebe, nicht geliebt zu werden (und nicht lieben zu „dürfen“) sei das schlimmste Trauma. Es zerstöre das Urgefühl des Kindes, eine göttliche Natur zu haben und mit allem verbunden zu sein. An die Stelle dieser natürlichen Spiritualität tritt dann das, was Bradshaw schon in den 1980er Jahren als „toxische Scham“ bezeichnet: ein tiefsitzendes Minderwertigkeitsgefühl (verkehrt zu sein).

Um dieses Drama zu beenden, müssen wir für das Kind den Verlust, die Verzweiflung betrauern oder noch deutlicher: den Urschmerz zulassen, und ihm dabei zu versichern, dass wir es mit seiner pathologischen Scham (nicht gut genug zu sein) nie allein lassen werden. Das Kind traut sich nur „raus“ bzw. zu erscheinen, wenn es uns als Erwachsenem vertrauen kann.

Praktisch-therapeutisch arbeitete Bradshaw mit Meditationen, Phantasiereisen, Ritualen (im Arm halten oder halten lassen) und verschiedenen Briefen, z.B. des inneren Kindes bzw. der inneren Kinder (aus verschiedenen Lebensphasen) an das erwachsene Ich und umgekehrt. Er war der Meinung, das Kind zu retten ist möglich, wenn wir Schritt für Schritt in der Meditation bzw. Phantasie alle Phasen der Entwicklung (Säugling, Kleinkind, Vorschulkind, Schulkind) nochmals durchlaufen, „die unerledigten Angelegenheiten zu Ende bringen“, indem nun der erwachsene Anteil als liebevoller Zauberer zur Seite steht. Wenn wir das Kind in uns „unter die Fittiche genommen haben“, werde es uns auch gelingen, Menschen zu finden, die und das geben, was wir brauchen – aber wir müssen zuerst selbst für es sorgen, damit nicht „das unreife, emotional ausgehungerte Kind weiter unser Leben bestimmt“.

Diese innere-Kind-Arbeit ist schmerzhaft, in der Regel langwierig – aber oft auch mit berührend schönen Momenten verbunden, also keine Strafe, allerdings auch nicht das „Kinderspiel“, wie es manchmal heute dargestellt wird. Sie ist im Grunde nur von jenen Patient*innen zu leisten, die im Leben (oder durch intensive Therapie) bereits eine gewisse Ich-Stärke aufbauen konnten. Dies ist bei komplex traumatisierten Patienten mit fortgesetzten Misshandlungen (oder Vernachlässigungen) in der Kindheit eben nicht der Fall. Viele von ihnen spalten ihre Kinder ab und fühlen sich nur sicher, solange diese nicht auftauchen; wenn das innere Kind überhaupt auftaucht, wird es abgelehnt, teilweise gehasst. Nach Gabriele Kahn, die dafür einen Ausweg gefunden hat, kann das Kind in diesen Fällen nicht vom Erwachsenen selbst, sondern nur von den Schritt für Schritt in der Phantasie aufgebauten Helfern gerettet werden.

Sie sollten sich selbst nicht überfordern, falls sie den Eindruck haben, „das mit dem inneren Kind funktioniert bei mir nicht“. Die meisten Patient*innen können nach einiger Zeit im geeigneten Rahmen von verbreiteten Methoden wie „Brief an die Eltern“ (aus Sicht des/der Kleinen), Stuhlarbeiten wie „was meint der Kleine dazu“, Rituale wie „die Last der Kindheit zurückgeben“, Glaubenssätze austauschen nach dem Motto „raus aus den Kinderschuhen“ usw. profitieren. Bei einem Teil von ihnen bleibt aber der bedürftigste und am stärksten verletzte kindliche Teil auf diese Weise für längere Zeit unerreichbar. (Ich vermute, das ist nicht die Masse meiner Leserinnen und Leser, möchte dennoch auf diese Grenzen hinweisen.)

Das Ziel der Integration des inneren Kindes ist ein erwachsenes Verhalten im Alltag, das für verschiedene innere Anteile sorgt, das Kind nicht im Stich, ihm aber auch nicht die Führung überlässt. Nun gibt es aber auch Patient*innen, die gar nicht erwachsen werden wollen, sogar solche, die das explizit benennen können: „Ich finde das nicht attraktiv.“ Wenn es dabei bliebe, stünden wir als Therapeuten auf verlorenem Posten.

Wichtig ist sicher, was wir unter „erwachsen“ verstehen: Jedenfalls, das geht hoffentlich aus dem ganzen Buch hervor, bedeutet erwachsen nicht automatisch, die Ansprüche und Normen der Gesellschaft noch besser zu erfüllen. In der Therapie ist das Ziel zu „wachsen“ – was vielleicht besser als „erwachsen“ ausdrückt, dass es um einen dauerhaften Prozess der Wandlung geht – mit dem Anspruch verbunden: dass der Patient lernt, mehr und mehr

Verantwortung für sein Leben zu übernehmen und die Sorge und Fürsorge für sich nicht (länger) Partnern, Eltern, Kindern, Therapeuten oder staatlichen Institutionen zu überlassen. Das ist ein hoher Anspruch, für manche Patienten ein zu hoher. (Wiederum denke ich, das betrifft nicht die Masse meiner Leserinnen und Leser.)

Ich verstehe unter „erwachsen werden“ auch, die Lebensfreude, die Kindern im Prinzip möglich ist oder wäre, wiederzuentdecken. Das Kind will gewissermaßen von Natur aus singen, tanzen, malen, schauspielern, toben, Gras zupfen, im Schlamm suhlen, auf Bäume klettern – ohne Bewertung und Leistungsstress. Just for fun. Es gehört zu den kräftigsten Wirkfaktoren von Therapie, dem zivilisatorischen Terror von Perfektionismus, Leistungsmaßstäben und Sinnhaftigkeit für Zeiten spielerisch und kreativ zu entsagen.

Für normativ gedrillte, überangepasste Erwachsene muss alles sinnvoll und anerkennenswert sein. Kinder würden dagegen, wenn man sie ließe, viel mehr nach dem „Lustprinzip“ leben. „Erwachsen werden“ im Sinne der Therapie meint also auch, das Kind immer wieder hervorzulocken und zu unterstützen, das bedeutet auch: die erlernte Scham zuzulassen und stückweise zu überwinden; ohne dabei in kindliche Illusionen und Phantasien in Bezug aufs reale Leben zu verfallen, so als wäre dies ein reines Spiele-Paradies. Es braucht Mut, ein liebevoller Erwachsener für das innere Kind zu werden, das können wir Therapeuten den Klienten vormachen. Und es braucht ganz viel Übung und Geduld, das können sie nur selbst auf sich nehmen.

Die Arbeit mit dem inneren Kind ist eine dauerhafte und sehr verantwortungsvolle Aufgabe, sie ist nicht mit einem „Brief an meine Kleine“, mit Ritualen oder gelegentlichem Spielen erledigt. Sie beinhaltet wesentlich auch ein anderes Konfliktverhalten: Dem Kind zeigen, dass wir uns trauen, selbstbewusst und kraftvoll für unsere Bedürfnisse einzutreten; dass wir ihm klar machen, zu zweit (erwachsener und kindlicher Anteil) sind wir nie mehr so hilflos, wie wir uns als Kind gefühlt haben.

Ein Leben nach der unausgesprochenen Devise „sich drücken statt sich trauen“ führt in eine Depression, die typischerweise mit ganz viel Floskeln wie „passt schon“ kaschiert wird. Die Psychoanalytikerin Karen Horney hat vor mehr als 80 Jahren beschrieben, wieviel Energie „hochintelligente Menschen“ (das hat sie damals besonders erstaunt) aufbringen, um zu einer

solchen „unechten Gelassenheit“ zu finden. Die falsche Gelassenheit und die oft „künstliche Harmonie“ (Horney) machen das Individuum „unvermeidlich schwach“, entziehen ihm das Gefühl von Selbstwirksamkeit, ein Mangel an Lebendigkeit, verstärkte Antriebs- und Teilnahmslosigkeit bis hin zur totalen Erschöpfung (Burnout war damals noch nicht als solches bekannt) sind die Folgen, aber auch passive Aggression („Lass mich in Ruhe!“), Absonderung von andern, Zynismus und allgemeine Weltuntergangsstimmung können auftreten, denn beim jeweiligen Zustand dieser Welt war es schon damals und ist es auch heute leicht, die eigene Misere darauf zu projizieren.

Horney sah das Typische am Konflikt dieses „Neurotikers“ (des psychisch kranken Menschen) gerade darin, dass er den eigentlichen Konflikt komplett verdrängt hat. Sie war der Ansicht, ein Mensch, der in einem aktuellen Konflikt mit seinem Latein am Ende ist und sich an den Psychotherapeuten (also damals Analytiker) wendet, muss zwangsläufig enttäuscht werden, weil eine einfache Klärung des Konflikts nicht möglich sei, sonst hätte sie der Klient selbst zuwege gebracht. Vielmehr fördere der ungelöst aktuelle Konflikt das „Dynamit“ der Grundkonflikte zutage. Damals galt die bis heute noch anzutreffende Vorstellung, erst wenn die zugrundeliegenden Konflikte – in langwieriger Psychoanalyse – „durchgearbeitet“ wären, könnte sich der Betreffende auch im Leben und in den aktuellen Konflikten angemessen vertreten und für sich sorgen.

Heute ist weit über die Grenzen von Lerntheorie und Verhaltenstherapie anerkannt, dass die Klienten sehr wohl ihre Selbstwirksamkeit und ihre Konfliktfähigkeit mit und in der Therapie trainieren und aufbauen können, ohne dass verdrängte Grundkonflikte bereits gelöst wären. Therapeutisch reicht es oft, die bestehenden aktuellen Konflikte anzuschauen, dabei treten die bedeutenden Konflikte und Muster der persönlichen Vergangenheit, namentlich der Kindheit, ohnehin ans Tageslicht und lassen sich mehr oder weniger gut bearbeiten (das hängt von verschiedenen Faktoren ab, u.a. von der therapeutischen Beziehung und ihrer Dauer, aber auch vom aktuellen Umfeld des Klienten). Therapeutisch arbeiten bedeutet dabei: immer den nächsten möglichen Schritt des „sich trauen statt sich zu drücken“ ins Auge fassen und ihn so klein und konkret zu konzipieren und vorbereiten, dass er realistisch ist, in der Mehrheit tatsächlich gegangen wird und damit die Selbstwirksamkeit stärkt.

Wenn ich neue Patienten kennen lerne, etwa in eine Gruppe aufnehme, und sie haben schon Psychotherapie gemacht, dann frage ich meist, welche Konflikte sie in der Therapie durchgestanden haben. Oft schauen mich die Befragten darauf völlig verdutzt an. Dann erkläre ich mich: Depressionen, krankhafte Ängste und Zwänge sind bis zu einem gewissen Grad eine Folge von Konfliktvermeidung, und daher gehöre wesentlich zu jeder Art von Psychotherapie das „Üben“ von Konflikten. Das will verständlicherweise zunächst niemand hören. Manche wehren dies auch ab, indem sie behaupten, wenn ich wüsste, wie viel Konflikte sie … - ja, das kann sein, nur meist sind es nicht die entscheidenden Konflikte (mit Eltern, Partner, Kindern, Chef usw.), in die sie sich stürzen.

In der ambulanten Einzeltherapie lässt sich die Konfliktarbeit oft nur sehr kleinschrittig etablieren, denn da treten gleich mehrere Hemmnisse auf: Ambulant bedeutet, die meisten Klienten kommen aus dem Funktionsmodus „Alltag“ und kehren nach 50 Minuten in ihn zurück. Und in der Einzelarbeit sind wir Therapeuten in erster Linie der spezielle beste Freund, empathische Unterstützer usw. und dürfen diese Rolle nicht durch zu viel direkte Konflikte gefährden, entsprechend zurückhaltend reden wir manchmal sogar über die Konflikte, die der Klient im Leben hat (in der Sorge, mit ihm da nicht einer Meinung zu sein). Wenn aber bestimmte Konflikte im realen Leben immer wieder passieren, hat dies damit zu tun, dass darunter innere verdrängte Konflikte, z.B. zwischen Bedürfnissen und Normen aktiv sind.

In der Gruppentherapie sind Konflikte, auch mit dem Therapeuten, häufiger und meist ergiebiger (weil die Gruppe mit ihren Wahrnehmungen vermitteln kann), es entstehen im Gruppenprozess immer neue Konflikte, die selbstverständlich sehr viel mit den Konfliktmustern zu tun haben, die der Patient im wahren Leben erlebt und reproduziert. Wenn einer sich im Leben immer zu kurz gekommen fühlt, wird ihm dies auch in der Therapiegruppe passieren, selbst wenn die anderen im spiegeln, dass kaum einer so viel Gruppenzeit einnimmt wie er (oder sie). Die Gruppentherapie ist sicher ein idealer Rahmen, um an typischen Konflikten, die uns lebenslang begleiten, zu arbeiten.

Was Ihnen im wahren Leben immer wieder passiert, hat mit ihnen und nicht nur mit Pech zu tun: etwa dass Sie von Menschen enttäuscht werden, dass Sie „toxische“ Beziehungen haben, dass das andere Geschlecht ablehnend oder auch verängstigt auf Sie reagiert, dass Sie sich ausgenutzt fühlen, dass

niemand Sie wirklich ernst nimmt oder Sie mag so wie Sie sind, das alles wird Ihnen relativ schnell auch in der Gruppentherapie begegnen, glücklicherweise nicht immer in der Intensität wie im wahren Leben. In der Gruppe haben wir die Möglichkeit, dies alles gemeinsam zu reflektieren und aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Allerdings bedarf es für eine konstruktive Konfliktklärung im Rahmen der Gruppentherapie die Unterstützung des unparteiischen Therapeuten und öfter auch der Gruppenmitglieder, die den Betroffenen assistieren, ebenfalls ohne Partei zu ergreifen.

Es braucht viel mehr Geduld, bis sich die beiden aufeinanderzubewegen, und das können dann oft zunächst recht abstrakt wirkende Schritte sein wie „Wir sind uns einig, dass wir uns uneinig sind“ (kein Witz) oder „Ein Teil von mir weiß, dass Du okay bist, ein anderer Teil findet Dich total daneben“. Oft ist man scheinbar schon fast am Ziel, und dann gibt es heftige Rückschläge oder in der nächsten Gruppensitzung fängt alles scheinbar von vorne an. Das ist sehr lebensnah. Denn auch die Konflikte im wahren Leben werden nicht wie von Zauberhand mit einem genialen therapeutischen Trick gelöst.

Viel mehr Geduld, d.h. auch: Lieber den Konflikt ungelöst und damit offen nachwirken lassen, als eine (zu schnelle) Lösung herbeizuführen. Ich habe es wiederholt erlebt, dass die Gruppe unzufrieden auseinanderging, weil viele gehofft hatten, der Konflikt würde heute gelöst, um sich verständlicherweise wieder bequem in der Harmonie einzurichten – oft ist das jedoch eine künstliche Harmonie, etwa weil sie durch Entschuldigung herbeigeführt wurde. Später, manchmal nach Tagen, geht es auf einmal weiter. Sich erwachsen in Konflikten verhalten, heißt auch, es aushalten können, dass nur kleine Schritte möglich sind. Übrigens gelingen auch die wahren Erfolge der Gewaltfreien Kommunikation selten durch die tolle Zauberformel (wahrnehmen, fühlen, brauchen, wünschen), sondern durch kleinschrittiges, oft nervig-zähes, geduldiges Arbeiten miteinander unter neutraler Aufsicht (dem GFK-Moderator).

Kapitel 07

Die (Ohn)macht der Gewohnheit oder: Mit Ohnmacht umgehen lernen

Mit der Ohnmacht fängt alles an. Unser Leben. Das Baby ist auf Hilfe angewiesen. Und es lernt nach und nach (und zwar mehr oder weniger), dass es andern nicht egal ist: dass sein Verhalten etwas bewirkt. Wir wissen nicht wirklich, was diesbezüglich das Beste für die Entwicklung des kleinen Kindes ist. Vermutlich glaubt niemand (der oder die das liest), dass Babys absichtlich lange allein gelassen werden sollten, dass man sie ruhig „ausschreien“ lassen darf, weil sie sonst Tyrannen würden. Es geht um Bindung, Autonomie und Gesehenwerden. Sicher, Überbehütung kann dabei auch ein Problem sein, denn das Zutrauen in die Selbstwirksamkeit des kleinen Menschen wird nicht gestärkt, wenn Mami und Papi immer alles richten; und Überbehütung läasst das wachsen und erwachsen werden als einen gefährlichen und eventuell nicht lohnenswerten Prozess erscheinen.

Was aber am Ende schiefgelaufen ist, wenn hilflose und ohnmächtige Patienten bei uns in der Therapie landen, das lässt sich oft schwer sagen. Die Betroffenen haben Erklärungen dafür, und Therapeuten ebenso, und alle diese Erklärungsmodelle können sich im Verlauf der Therapie und des weiteren Lebens drastisch verändern. Daher ist es so wichtig in der Therapie, so viel vorab, nicht immer nur die „Verstehensseite“ anzugehen (Vergangenheitsperspektive), sondern im Hier und Jetzt die aktuelle „Verhaltensseite“ zu analysieren und zu verändern (Gegenwarts- und Zukunftsperspektive).

Momente der Ohnmacht treten in fast jeder Psychotherapie auf. Im ambulanten Setting versuchen Therapeuten aus naheliegenden Gründen häufig (vielleicht auch unbewusst) gegenzusteuern, denn wer will schon Patienten mit dem Gefühl der Ohnmacht auf beiden Seiten für eine ganze Woche oder noch länger entlassen? Das ist schon im Einzel ein Problem, erst recht aber in der ambulanten Gruppentherapie: Müssen die Gruppenteilnehmer nun bis zum nächsten Treffen diese Ohnmacht „mitnehmen“? Es ist nicht direkt erstrebenswert, aber es kann passieren – und es gibt Schlimmeres.

Ohnmacht ist sozusagen der tiefste Grund der Therapiebedürftigkeit, die Basis der unangenehmen Grundgefühle, der Kern des Problems: Das Bedürfnis

nach Wirksamkeit ist nicht erfüllt, vielleicht schlimmer noch, das Gefühl für so etwas wie Wirksamkeit abhanden gekommen – die Betroffenen sind felsenfest überzeugt, nichts Wesentliches aus eigener Kraft zu schaffen. Da merkt der Therapeut schon, dass das innere Kind leidet und im wahrsten Wortsinn den Ton angibt (jammert und schreit). In der Therapie ist es ein wichtiger Schritt, an dieses Leiden, diese Schmerzen zu kommen, aber auf den Kern schauen heißt mehr: die Ohnmacht differenzieren und erkennen, dass wir heute nicht mehr so ohnmächtig bin wie ein kleines Kind, die Bereitschaft fördern, die eigenen Kräfte zu spüren und Verantwortung zu übernehmen.

Ohnmacht ist auch auf Seiten des Therapeuten ein bekanntes Gefühl. Es tritt z.B. auf, wenn Patienten einen sehr abhängigen Beziehungsstil haben, offenbar gewohnt sind, dass andere sie „retten“, vielleicht auch, dass die Krankheit oder Störung dabei „hilft“ (wohl kein Patient denkt sich das bewusst aus, aber viele funktionieren so). Das macht häufig die Verzweiflung der Angehörigen aus: dass sich die Ohnmacht des Patienten auf sie überträgt. Angehörigen fällt es meist schwer zu lernen, dass ihr Partner, ihre Mutter oder ihr längst erwachsenes Kind Selbstverantwortung übernehmen muss – und dass wir ihm da nichts abnehmen können. Auch wir Therapeuten müssen es erst lernen: die Ohnmacht beim Patienten zu lassen und eben nicht retten wollen, was auf diese Weise nicht zu retten ist.

Immer wenn ein Patient zu uns kommt, stellen wir die Frage, warum er/sie gerade jetzt kommt. „Ich will mein Trauma bearbeiten!“ Okay, aber das Trauma geschah (z.B.) vor 25 Jahren, also: „Warum kommen Sie jetzt?“ Ich füge fast immer auch so etwas hinzu wie: „Wo spüren Sie ihre Ohnmacht derzeit im Leben?“ Manchmal reicht die etwas leichter wirkende Frage danach, was komplett anders wird, wenn die Therapie erfolgreich verläuft. Allerdings, „erfahrene“ Angst- oder Traumapatient*innen kann man damit selten auf die Spur der Selbstverantwortung bringen. Die Angst davor kann sich während länger anhaltender Therapie in erfolgreiche Abwehrstrategien verwandelt haben: „Ich kann mir kann nicht mehr vorstellen, was anders werden könnte.“

Die Ohnmacht ist häufig ein Bindeglied zwischen Vergangenheit und Zukunft. Für Patient und Therapeut scheint es naheliegend und ich nenne es verführerisch, das Gefühl der Ohnmacht quasi prinzipiell in die Vergangenheit, also z.B. auf das Trauma oder die komplexen Traumatisierungen in frühen

Beziehungen zu projizieren. Je ohnmächtiger sich der Betreffende gegenüber den Herausforderungen der Gegenwart und Zukunft fühlt, desto größer ist die Tendenz, der „Faszination“ (d.h. wörtlich: den Fesseln!) der Vergangenheit zu erliegen. Und manchmal führt das in einen Teufelskreis: Je mehr man die Ohnmacht der Vergangenheit wieder erlebt, desto ohnmächtiger fühlt man sich gegenüber realen und aktuellen Herausforderungen – und wendet sich weiter der Vergangenheit zu. Wahrscheinlich hat es jeder Therapeut schon erlebt, dass einzelne Patient*innen unter der dann offenbar nicht erfolgreichen Therapie immer hilfloser werden.

Jeder kleine Schritt nach vorne in der Jetztzeit ist dann wertvoller für die Selbstwirksamkeit und die Überwindung der Ohnmacht als die x-te Darstellung des Traumas. Ich weiß, dass sich Traumatherapie darin nicht erschöpft. Aber auch (z.B.) das Innere-Kind-Retten wird sich erst dann wirklich hilfreich für die Lebenstauglichkeit des Klienten erweisen, also mehr als eine berührende Erfahrung sein, wenn Patienten im Rahmen der Therapie als Erwachsene die Selbstwirksamkeit an aktuellen Aufgaben prüfen und ausbauen (z.B. im Knüpfen von Kontakten, im Wagen von Konflikten, in der Etablierung von Strukturen, im Überschreiten von Hemmschwellen, im Riskieren von Frustration).

Erfolgreiche Therapie bedeutet nicht, dass Trauma „loszuwerden“, sondern es in Maßen loszulassen. Es bedeutet, dass die Betroffenen die inneren Filme der Ohnmacht kennen, aber nicht länger automatisch („getriggert“) in sie hineinrutschen und hilflos hängenbleiben, sondern aktiv neue Filme vom Leben produzierten. Eine verbesserte Selbstregulation, Selbststeuerung und damit Selbstwirksamkeit steht also am Anfang und am „Ende“ einer erfolgreichen Therapie oder jeder neuen Therapieetappe. Je mehr ich mir im Leben wieder zutraue, je mehr ich Verantwortung für mich übernehmen, desto mehr bin ich in der Lage, sehr Schwieriges und Schmerzhaftes aus der Vergangenheit anzuschauen, zu verarbeiten und zu reflektieren – und je besser mir das gelingt, desto mehr sehe ich, wo ich heute wirklich stehe.

Nun zurück zu der Frage: Was tun, wenn eine gefühlt unabänderliche Ohnmacht in der Therapie auftritt, den Einzelnen oder die ganze Gruppe scheinbar tonnenschwer belastet und vielleicht die Stunde gleich vorbei ist? Müssen die Gruppenteilnehmer (sofern es sich um Gruppentherapie handelt) nun bis zum nächsten Treffen diese Ohnmacht „mitnehmen“? Ja – wenn sie sie

nicht im Therapieraum und beim Therapeuten lassen können bzw. wollen. In derartigen Situationen sage ich meist so etwas wie: „Es ist wichtig, dass wir nicht vor der Ohnmacht davonlaufen oder versuchen, sie durch allerlei Ratschläge und Unterstützungsangebote aus dem Raum zu fegen. Die Solidarität in der Ohnmacht ist das Beste, was wir im Moment geben können." Allein das verschiebt schon die Wahrnehmung und die Gefühlslage in den Bereich von Kompetenz und Stärke: „Yes, we can stand it." Wir kommen damit zurecht. Und ich habe es mehrfach erlebt, dass der betreffende „schwere" bzw. schwer hilflose Patient beim nächsten Treffen seine Mitpatienten damit überrascht hat, was alles Positives passiert ist, was er auch selbst zuwege gebracht hat und was überhaupt eigentlich gar nicht so schlecht läuft.

Ich wage zu behaupten, wenn man die Ohnmacht wirklich zulässt und nicht versucht wegzumachen, zeigt sich fast immer, dass sie bei weitem nicht zu 100% besteht. Und wenn es doch einzelne so empfinden, dann müssen sie begreifen, dass es sich um eine Regression handelt, dass sie in diesem Erleben ins Kind zurückgefallen und nicht als Erwachsene da sind. Wer immer nur „ich kann nicht" sagt, muss lernen, dass dies auch ein „ich will nicht (erwachsen sein)" beinhaltet. Das klingt ziemlich hart und eignet sich nicht für den Beginn einer Therapie. Leider erfahren diese Wahrheit jedoch viele (fast) „austherapierte" Patientinnen und Patienten viel zu spät.

Es ist zweifellos berechtigt, manche Patient*innen primär als „Trauma-Patienten" zu sehen, wobei der Begriff genauso heikel ist, wie wenn wir von „Borderline-Patienten" oder „Sucht-Patienten" sprechen, denn er birgt die Gefahr der Identifikation mit der Diagnose; gerade die Diagnose „Trauma" ist dafür prädestiniert. Nicht nur viele Patient*innen, die mit der Devise „Ich muss erst mein Trauma bearbeiten" in die Therapie kommen, benötigen daher eine andere Sicht, sondern auch viele Therapeut*innen, bei denen manchmal bei der Erkenntnis „Das ist eine Traumapatientin" jeglicher Hang, die gegenwartsbezogenen Herausforderungen und Ängste zu erforschen und anzugehen, zu schwinden scheint. Die Trauma-Perspektive auf den Patienten und sein Leid kann allerdings eine regelrechte Therapiefalle werden.

Ich habe großen Respekt für Menschen, die sich manchmal ein Leben lang mit Traumafolgen herumschlagen, da kann es durchaus sinnvoll sein, z.B. im Rahmen eines krisenbedingten Klinikaufenthalts zu versuchen, ein größeres Stück in der Aufarbeitung voranzukommen. Bei anderen Patienten, die zum

wiederholten Male in Intensivtherapie sind, tauchen das Trauma und die Notwendigkeit es anzuschauen ungeplant im Therapieprozess auf. Doch auch bei all diesen und anderen Patienten, wo es ohne Trauma-Perspektive wirklich nicht geht, gilt es, die konkreten Herausforderungen der aktuellen Lebensphase nicht aus den Augen zu verlieren.

Der großen Mehrheit jener Patient*innen, die heute fast mit Tunnelblick nach „Traumatherapeuten“ oder solcherart spezialisierten Kliniken suchen, rate ich explizit, abzulassen von dieser Spezialistensuche und sich auf eine „Richtlinientherapie“ (Tiefenpsychologie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie) einzulassen, regelmäßige Arbeit an der Eigenverantwortung, am Erwachsenwerden (innere-Kind-Arbeit), Umgang mit den Ängsten, die sie vom Leben abhalten. Alles von der Krankenkasse bezahlt. Traumatherapeut*innen, sofern sie nicht von der Krankenkasse bezahlt werden (ich bin auch „nur“ Heilpraktiker, daher rede ich hier nicht schlecht über andere), und erst recht vielen Buchautoren und Influencern fehlt oft das Verständnis für die klassische Psychotherapie. Dann ist es naheliegend, dass der Patient in Folge selektiver Wahrnehmung nur als Trauma-Patient gesehen wird und er/sie sich selbst so versteht und sich aus seiner aktuellen Lebensohnmacht heraus allzuoft in dieser Identität „einrichtet“.

Kurzum, der Tunnelblick engt die Suche nach qualifizierten Therapeut*innen meist unnötig ein und reduziert erheblich die Chance, auf einen ordentlichen (kassenfinanzierten) Therapieplatz, zumal viele Therapeuten, wenn sie merken, dass der Patient aufs Trauma fixiert ist, es gar nicht erst versuchen, ihre Dienste anzubieten („Ich könnte Ihnen auch helfen …“ – das sagt niemand.) Wenn Sie sich schon länger als Trauma-Patient verstehen, rate ich ihnen, (jetzt und immer öfter) eine andere Perspektive einzunehmen, selbst wenn dies verwirrend sein mag: Ich verstehe Patienten zunächst aus ihren konkreten (oft verdrängten) Lebensängsten statt bevorzugt von ihrem Trauma her.

Mein Eindruck ist, dass häufig schon der Begriff „Trauma“ reicht, dass eine ganz besondere Brille aufgesetzt und die bewährten „Therapiebrillen“ für untauglich gehalten werden. Ich halte die „alten Brillen“ immer noch für tauglich, wenn man mit ihnen auch nicht alles sehen kann. Durch die Brille der Tiefenpsychologie können wir z.B. sehen, in welche Art von Regression (Rückschritt) der/die Patient*in geht, durch die Brille der Verhaltenstherapie, welche Ängste ihn oder sie zu welchem Vermeidungsverhalten veranlassen, und

durch die Brille der Systemtherapie erkennen wir das Symptom, und sei es noch so heftig, (auch) als eine Art von Lösung und fragen uns, ob diese Lösung in der Therapie durch eine bessere, „kostengünstigere“ bzw. „nebenwirkungsärmere“ Lösung ersetzt werden kann. Immer ist es uns möglich, an etwas zu arbeiten, was die Lebens- und Alltagstauglichkeit verbessert, ohne „erst das Trauma aufzulösen“, was in dieser Reinform sowieso selten möglich ist.

Es ist eigentlich ganz (psycho)logisch: Das Leben liegt als Herausforderung vor uns, das Trauma mag zwar auch eine Herausforderung sein (bei einem Teil der Patienten je nach Lebensphase stark überschätzt), aber es liegt immer hinter uns. Deshalb sollte der Fokus der Therapie, selbst und gerade auch bei den meisten Patienten mit einem Traumahintergrund, auf der Gegenwart und den gegenwartsbezogenen Ängsten liegen.

In Therapie kommen Menschen mit starken Ängsten bis hin zu mehr oder weniger ausgeprägtem Ohnmachtserleben, welches unmittelbar mit aktuellen Schwierigkeiten zu tun hat, aber verzerrt, verdrängt oder verleugnet wird. Die oft bis zur Nichtspürbarkeit unterdrückten aktuellen Ängste werden stattdessen häufig als Wiederaufleben des „ewigen“ Traumas verstanden, bildhaft gesprochen: projiziert, als bekannter Film aus dem Archiv herausgeholt.

(Hiergegen würden Traumatherapeut*innen einwenden, dass der Trauma-Film ja oft gar nicht bekannt ist und/oder viele Filmrisse hat. Das stimmt, es gibt tatsächlich auch Patienten, die ihr Trauma noch nicht sehen können oder wollen, geschweige denn es bearbeiten. Das sind jedoch längst nicht alle Patienten, nach meinem Eindruck eher eine Minderheit – die gewissermaßen gegen die Wahrnehmung des Therapeuten nichts mit „Trauma“ anfangen wollen oder können. Im Übrigen, nur weil der Film Risse aufweist und damit auf Abgespaltenes hinweist, muss das Trauma noch lange nicht „der“ Schlüssel zur Therapie bei Patienten sein. Kurzum, ohne Fokus auf die Gegenwart würde ich nicht nach dem Trauma graben!)

Das Trauma scheint so etwas zu sein wie eine Autobahn, die auf schnellstem Weg von der Ohnmacht der Gegenwart in die Vergangenheit führt. Warum nennen wir Therapeuten diesen blitzartigen Rückschritt oder Rückgriff in die Vergangenheit nicht, in guter alter Tradition, „Regression“, von mir aus „Trauma-Regression“? Oft ist es nichts anderes, nur dass die Therapeuten

früher sich sehr viele Gedanken und Mühen gemacht haben, wie viel und welche Art von Regression sie fördern. In der Trauma-Regression kann man dagegen scheinbar kritiklos verweilen und bekommt ständig „Belohnung“ per grenzenloser Empathie, zusätzliche Einzelgespräche, spezielle Zuwendung von Therapeuten, Pflegekräften usw. Ganz klar, Empathie ist mehr als die Hälfte der Therapie, aber Empathie beinhaltet den Spiegel für das, was der Patient oft nicht ohne mich als Therapeut sehen kann: Angst und Ohnmacht, die sich auf die aktuelle Lebenssituation beziehen.

(Dass es neben der einseitigen Empathie auch andere „Belohnungen“, also sekundären Krankheitsnutzen für Verweilen im Trauma-Zustand gibt, oder die Hoffnung darauf in vielen Fällen: Rücksichtnahme durch die Familie und den Arbeitgeber oder eine vorzeitige Berentung, das wird viel zu häufig übersehen. Es „darf“ bei manchen Patienten ja gar nicht besser werden, deshalb ist die Trauma-Regression manchmal so massiv. Ich setze diesen Exkurs in Klammern, weil es schnell so aussehen könnte, als würde ich diesen Patientinnen Simulation und Manipulation unterstellen und sie moralisch beurteilen. Das ist überhaupt nicht in meinem Interesse. Es ist unfassbar tragisch, wie viele sich einfach kein eigenverantwortliches, selbstversorgendes Leben zutrauen, so dass sie Opfer bleiben – das verurteile ich nicht, aber in vielen Fällen will ich es auch nicht unterstützen.)

Regression ist nichts per se Schlechtes oder Unerwünschtes, wird auch bei erfolgreicher Therapie immer wieder auftreten; der Fortschritt der Therapie zeigt sich daran, wie viel schneller sich der Patient aus dem Zustand selbst herausholt – ohne therapeutische Konfrontation. In vager Analogie ließe sich dieses Konzept der „Regression im Dienste der Progression“ auch auf die Traumatherapie und die Trauma-Regression anwenden: Der Patient fällt (immer wieder) in die Opfer-Rolle und lernt – meist kleinschrittig – sich mehr und besser und immer schneller selbst da heraus zu retten. Es gibt also durchaus Parallelen etwa zur Traumatherapie nach Peter Levine und dem Bemühen um die Fähigkeit zwischen Trauma/Opfer und Kompetenzen im Hier und Jetzt zu „pendeln“.

Doch woran entscheidet sich, ob ein solches oder anderes traumatherapeutisches Vorgehen Erfolg haben kann? Erstens, es muss für den Patienten überhaupt im Alltag ausreichend attraktiv sein, die Opfer-Rolle zu verlassen. Zweitens, es muss für ihn oder sie im Alltag real umsetzbar sein, sich von der

Opfer-Rolle zu befreien. Daher dürfen wir den Fokus auf die gegenwärtige Lebenslage und ihre Herausforderungen nicht verlieren.

Wenn die Traumatherapie nicht erfolgreich ist, liegt es m.E. meist an der mangelnden Beachtung der gegenwärtigen Herausforderungen. Und dann? Dann haben wir den Patienten „retraumatisiert"; das wird uns von Betroffenen ja immer mal wieder vorgeworfen. Aber ein solches unerwünschtes „Ergebnis" entsteht in der Regel nicht, weil die Betroffenen in der Therapie „wieder schlimme Geschichten" gehört oder nacherlebt haben, sondern weil wir sie nicht ausreichend als „Opfer" in ihren gegenwärtigen Verhältnissen begriffen haben und ihnen nicht hinreichend helfen konnten, diesen Zustand der Ohnmacht wenn schon nicht zu verlassen, dann doch nicht mit dem Trauma zu verwechseln.

Eines erweist sich für die Trauma-Regression als fatal: dass Traumatas häufig in der Kindheit lagen oder gleich die ganze Kindheit irgendwie traumatisch war, weshalb die Diagnose „komplexe posttraumatische Belastungsstörung" (kPTBS) häufig bei diesen Patient*innen vergeben wird. Ich bestreite nicht, dass sie eine dysfunktionale („kaputte") Kindheit hatten – aber das macht die Sache nicht weniger verführerisch: die Vermischung und oft Verwechslung der Regression, den Rückschritt der Betroffenen in kindliche Anteile und den Rückgriff auf ein kindliches Verhaltensrepertoire inklusive der kindlichen Versorgungswünsche, verwechselt mit Traumasymptomatik.

Sicher kann man diese speziell gefärbte Regression auch als selbst als Traumafolgestörung sehen, sogar als die primäre. Häufig wurden und werden diese Störungen aber erst durch das, was später folgte, verfestigt, m.E. durch unangemessene Belohnung der Regression seitens Eltern, Partner, staatlicher Agenturen und nicht zuletzt Therapeuten. Es handelt sich im Wesentlichen um eine, durch falsche (Über-)Versorgung erlernte Hilflosigkeit.

Liest man 30 Jahre alte Bücher über die Behandlung von Angststörungen, könnte man den Eindruck gewinnen, die Psychologen von damals haben alles verwechselt und gar nicht recht verstanden, um was es eigentlich geht: um Trauma natürlich. Schildern sie, wie der Patient durch bestimmte „Auslöser" (die hießen damals noch so) und die eigenen Überzeugungen sich in eine Angst oder Panik hineinsteigert, schütteln wir heutigen Therapeuten spontan mit dem Kopf und denken: „Naja, so würde man das heute nicht

mehr beschreiben.“ Heute wäre von „Triggern“ die Rede und damit wäre man meist gleich im Kontext von Trauma – und einer mehr oder weniger langwierigen Traumatherapie mit in der Regel ungewissem Ausgang, während die Therapeuten damals noch so taten, als könne man die Ängste in den Griff bekommen. Manchmal wirkt es so, als hätten die Therapeuten vor der Jahrtausendwende die Traumapatienten fälschlicherweise für Angstpatienten gehalten. Hatten die denn gar keine Ahnung?

Nun, sie waren vielleicht wirklich in vielen Fällen zu optimistisch. So einfach geht’s halt meist nicht in der Therapie, oder die kurzfristigen verhaltenstherapeutischen Erfolge sind nicht nachhaltig, weder bei Ängsten noch bei Depressionen, und das liegt manchmal auch an Traumata. Einiges wusste man damals tatsächlich noch nicht. Das Verständnis von Traumafolgen, das Pioniere wie Peter Levine, Bessel van der Kolk oder Stephen Porges entwickelt haben, sickerte erst nach und nach in die Breite. Ich unterstreiche also: Es gibt wichtige neuere Erkenntnisse; und nebenbei bemerkt auch überzeugende Trauma-Therapeut*innen.

Allerdings werden m.E. heute umgekehrt viel zu oft Angstpatienten als Traumapatienten identifiziert und dementsprechend einseitig behandelt. Was sind „Angstpatienten“? Ich würde bewusst unspezifisch beantworten: die meisten Patientinnen und Patienten, die sich in Psychotherapie befinden. Sie haben akute (oder auch chronifizierte) Lebensängste, das treibt sie in Praxen und Kliniken, nicht ihr Trauma. Zweifellos, mit der Diagnose „Trauma“ fühlen sie viele mehr „gesehen“ und bekommen ein anderes Verständnis – aber auch ein zielführendes?

Leider trifft sich die „ich bin traumatisiert“-Perspektive (Patient) oder „es ist ein Trauma Patient“-Sicht (Therapeut) mit den Webfehlern des Gesundheits- und Abrechnungssystems: Das Trauma öffnet die Tür zu einem Mehr an Therapie. In den üblichen Fachkliniken, die zwischen ambulanter Therapie und Psychiatrie stehen, darf die Angstdiagnose heute nur noch sehr selten an erster Stelle stehen, Trauma geht mit etwas Begründung immer und damit lässt sich auch ein längerer Aufenthalt komplikationsfrei abrechnen. In manchen Kliniken wurden die Indikationsgruppen und Therapieprogramme, die auf Ängste ausgerichtet waren, eingestellt zugunsten von Traumatherapie.

Man könnte sagen, das ist doch eine win-win-Situation, alle kriegen, was sie wollen. Die Frage ist allerdings, ob die Patient*innen lebenstauglicher aus der Therapie herauskommen. Patienten, die ihre Angst behandeln lassen, die sich ihren konkreten Ängsten, den vor ihnen liegenden Herausforderungen stellen, begreifen sehr schnell, dass der Hauptjob der Heilung bei ihnen liegt, dass sie Verantwortung übernehmen müssen – und üben, üben, üben! Schritte gehen, Rückschläge wegstecken, sich wieder aufrichten … Patienten, die sich an die Diagnose Trauma halten oder klammern, erwarten dagegen oft eine Hilfe, die wir ihnen nicht geben können bzw. die sie nicht lebenstauglicher und erwachsener werden lässt.

Man kann nicht sämtliche psychischen Probleme aus der Perspektive der konkreten Lebensangst und unter Umgehung der Traumaperspektive anpacken. Dennoch würde ich weiter die Mehrheit der Patientinnen und Patienten mit der These konfrontieren: „Unser Problem hier ist zunächst einmal nicht ihr Trauma, sondern ihre Angst vor dem aktuellen Leben, vor den Herausforderungen, die auf Sie warten."

Dies verbinde ich mit Zuversicht: dass wir in Bezug auf diese Ängste einiges erreichen können – und dass ich den Betroffenen einiges zutraue. Ich sehe die Ressourcen, die ihnen geholfen haben, es bis ins Hier und Jetzt zu schaffen, versuche, die starken Anteile zu fördern und zu fordern. Ich spreche Therapie als Hilfe zur Selbsthilfe an. Das mag am Anfang auf Widerstände stoßen, oder sagen wir genauer: diese Perspektive kann man meist gar nicht vom Start weg anbieten. Haben die Patienten jedoch erst einmal die Erfahrung gemacht, dass ihnen einseitiges Trauma-Verständnis und Vergangenheitsbezug, salopp gesagt, auch nicht weiterhilft, dann schon.

Wir alle, die wir solche Texte lesen oder schreiben, haben traumatische Erfahrungen hinter uns. Das klingt etwas banal, aber manchmal ist diese Perspektive wichtig: Kein menschliches Leben ohne Traumata. Bei manchen handelt es sich um schreckliche Ereignisse, bei anderen um schreckliche Lebensphasen, häufig besonders schlimm, wenn diese in der Kindheit lagen. Die Folgen des Traumas beeinträchtigen das alltägliche Leben, zumindest in Stressphasen, vielleicht ohne dass wir es richtig bemerken, geschweige denn uns vollends bewusst wären, dass es sich um Traumafolgen handelt. Das bedeutet: Jede(r), der sich traumatisiert fühlt, sollte dies nicht bagatellisieren – nur weil es andere Menschen gibt, bei denen es heftiger ausschaut oder die

eine amtliche Trauma-Diagnose haben. Wenn es darum geht, den Stress des Lebens zu bewältigen oder zu verwandeln, dann kommt es maßgeblich auch darauf an, on und wie wir unsere Traumata verarbeitet haben; und das stimmt unabhängig davon, ob wir eine offizielle Traumadiagnose „haben". Gerade bei Menschen, die eine Traumadiagnose haben oder sich wünschen (um gesehen bzw. anerkannt zu werden oder aus anderen Motiven) geht die Sensibilität fürs Trauma in jüngster Zeit übers Ziel hinaus.

Das Trauma fungiert oft wie eine Leinwand, als Projektionsfläche für Herausforderungen des Patienten. Kurios: Dies kann man gerade dann vermuten, wenn die aktuellen Überforderungen in den Erzählungen keine Rolle spielen! Wie sich vielleicht herausstellt, liegt das eigentliche Trauma schon Jahrzehnte zurück, der Patient war in der Zwischenzeit sehr lange (mehr oder weniger gut) lebenstauglich und möglicherweise ausreichend glücksfähig. Und jetzt? Steht das Trauma im Vordergrund. Ist das nicht merkwürdig. Erklären kann man das mit vielen Modellen, soll heißen: Die Betroffenen denken sich das nicht aus, sie lenken den Fokus nicht willkürlich auf das alte Trauma. Es kann die Folge davon sein, dass Schutzmechanismen nicht mehr funktionieren. Und es kann selbst ein Schutzmechanismus sein: sich aufs Trauma fixieren.

„Trauma" kann ein Schutzschild oder ein Schutzmechanismus sein – nicht zu verwechseln mit Ausrede! –, damit sich Betroffene nicht den vollen Herausforderungen des Lebens stellen müssen, also jenen Ängsten, die aktuell und realistisch sind. Je mehr wir uns in dieser Situation als Therapeut am Trauma „abrackern", desto hilfloser scheinen diese Patienten oft zu werden, desto mehr leben sie in der Traumawelt, lassen sich von allen möglichen Anlässen „triggern", bauen manchmal von Stunde zu Stunde ab, entwerten ihre Alltags- und Lebenstauglichkeit weiter massiv, d.h. sprechen extrem negativ über ihren „Funktionsmodus", werten es stark ab, wenn wir sie auf ihre Ressourcen oder gar starken Seiten hinweisen.

Man kann es traumatheoretisch erklären: Traumatisierte Patient*innen neigen dazu, in eine Opferrolle zu fallen. Manchmal ist dies auch eine scheinbare Täterrolle („ich bin mal wieder schuld", „ich verbocke alles"), die de facto auf einer tieferen Ebene eine Opferrolle ist – der sog. Innere Kritiker (als verinnerlichte Instanz ehemaliger Täter) ist übermächtig. Das ist vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen mehr als verständlich. Unser Verständnis als

Therapeuten darf aber nicht soweit gehen, dass wir dieses Verhalten fördern, vielmehr müssen wir konsequent neues, mutiges Verhalten generieren und belohnen, die erwachsene Haltung im Klienten stärken. Das bedeutet natürlich auch: selbst wachsam genug sein für die kleinen Schritte und Erfolge, die der Patient gar nicht bemerkt.

Ein besseres Leben ist immer möglich (sonst müssten wir unsere Therapeutenpraxis schließen) und beginnt im Prinzip jetzt. Es geht darum, die konkreten Umgebungsbedingungen für ein besseres Leben herzustellen (z.B. Kontakt zu Tätern abzubrechen, neue gesunde Kontakte zu knüpfen, sich konkrete Unterstützung für die Herausforderungen des Alltags suchen usw.). Das neue Leben beginnt also wesentlich bescheidener, kleinschrittiger und konkreter damit realistischer als zuvor erwartet, wir entdecken es im Vorwärtsgang (nicht beim Rückwärtsfahren).

In meinen Therapiegruppen, ambulant wie stationär, haben immer wieder sog. Traumapatienten mehr oder weniger erfolgreich Therapie gemacht – „mehr oder weniger“ heißt, die Erfolgsrate lag bei den Traumapatientinnen insgesamt nicht höher oder niedriger als bei Patienten ohne Traumadiagnose. Damit möchte ich nicht behaupten, spezifische Trauma-Therapie sei an sich überflüssig. Ihr Stellenwert wird allerdings von einem Teil der Patientinnen und vielleicht auch von einem Teil der Therapeutinnen überbewertet. Und manchmal kann Traumatherapie, gerade wenn sie im Sinne der Patienten zu verlaufen scheint, wenn sie sich z.B. in der Klinik pudelwohl und hier wie nirgends sonst verstanden fühlen, die Ohnmacht verfestigen und in die Sackgasse führen.

Es gibt noch einen weiteren zentralen Aspekt, warum es ohne die Eigenverantwortung des Patienten nicht geht: Peter Levine, einer der bekanntesten Traumforscher und -therapeuten, hat sich viel mit der körperlich-biologischen Seite von Traumata befasst. Tiere, die aus dem Schockzustand kommen, schütteln die angestaute Energie ab. Der Mensch ist, biologisch betrachtet, auch ein Tier und daher muss Traumatherapie laut Levine primär ein körperlicher Prozess sein. Viele Menschen können sich selbst helfen, können tatsächlich Traumata selbst lösen – durch intensives Üben.

Dieser Ansatz ist revolutionär, weil er die Betroffenen ermutigt und in die Lage versetzt, selbst die Handelnden zu werden. Dies steht in deutlichem Kontrast

zu den Erwartungen von Patienten am Beginn der Therapie: Sie haben vage Vorstellungen davon, das ihnen geholfen werden soll, verbleiben aber dabei eher in einer Opferrolle, die einen Retter herbeiruft. Levine sagt dagegen zu Betroffenen, sie können das selbst – die Verbindung zum Körper herstellen und eine besondere Art der körperlich-seelischen Selbststeuerung aufbauen: das Pendeln. Die größte und beste Ressource ist „die Fähigkeit Ihres Körpers, von einer Empfindung des Unwohlseins zu einer Empfindung des Wohlbefindens überzugehen“. Die einzelnen Übungen von der Erfahrung der Körpergrenzen und Erdung über die Differenzierung von Empfindungen, Emotionen und Vorstellungen bis hin zum Aufbau wohlwollender Körperkontakte erscheinen fast banal, zumal wenn wir uns vor Augen halten, als wie komplex Traumatherapie bisweilen dargestellt wird.

Es ist nicht immer so einfach, wie es klingt. (Ich glaube auch nicht, dass Levine das meint.) Aber wir müssen alle Patient*innen, auch Trauma-Patienten, dafür gewinnen, selbst etwas zu tun, Eigenverantwortung zu übernehmen: Wie bei jeder Psychotherapie hat der Patient den Hauptjob. Das geht nur, wenn er seine Selbstwirksamkeit mehr und mehr spürt und als attraktiv erlebt: „Ich habe Anteil an meinem Leben und Erleben.“ „Ich habe großen Einfluss darauf, wie es mir geht.“ „Ich weiß, wie ich alles noch schlimmer machen kann – und ich habe auch Erfahrung damit, mein Leben besser zu gestalten.“ „Ich fühle mich immer noch öfters ohnmächtig, aber ich weiß, dass ich wieder rauskomme.“ Wenn ich in mein Muster zu fallen drohe, sage ich mir: „Halt! Stop! Ich mache eine Pause …“

Manchmal wache ich nachts zwischen 3 und 4 Uhr auf, mit Druck auf der Brust, vielleicht durchgeschwitzt, und dem Satz: „Ich schaffe es nicht!“ Ich weiß, dass dies die Ohnmacht des kleinen Kindes ist – und dass ich kein kleines Kind mehr bin. Doch meine Muster sind schneller, sie suchen regelrecht nach Themen, auf die sich das „Ich schaffe es nicht“ beziehen könnte. Oft genug haben wir ja Aufgaben vor uns, die uns Sorge bereiten bzw. mit denen wir uns selbst mit Prüfungs- und Erwartungsangst Stress machen, selbst wenn sie noch so schön sind: eine Party, die man gibt, ein Urlaub, der vor uns liegt … Ganz zu schweigen von beruflichen Projekten.

Doch ich verharre nicht in diesem Loch der Ohnmacht, ich habe ich gelernt zu sagen: „Okay, vielleicht geht es schief, vielleicht schaffe ich es nicht – wahrscheinlich ja doch – aber selbst wenn nicht, das ist kein ausreichender

Grund für ein so krasses Erleben.“ Ich sage mir nicht: „Hey, stell Dich nicht so an wie ein Kleinkind.“ Doch ich gehe schon in Kontakt mit dem Kleinen, etwa so: „Schau mal, was wir alles schon geschafft haben.“ By the way, mir hilft, nachts, wenn das mit dem Schlafen nicht mehr klappt, Tagebuch zu schreiben; und Rubriken wie „Was wir alles schon geschafft haben“ oder „Was mir wenige zugetraut haben“ oder „Was ich mir selbst nicht zugetraut (und doch geschafft) habe“, sollte es darin auch geben.

Kapitel 08

Das Leben beginnt jetzt.
Hören Sie auf, Bedingungen zu stellen!

„Was ist heute schon Gutes passiert?“ Diese Frage stelle ich häufiger, nicht als Fangfrage, aber schon als diagnostisches Mittel, das gleichzeitig auch therapeutisch wirkt, wenn sich im Bewusstsein des Patienten etwas verändert. Menschen, die das Gute sehen, das ihnen passiert, sind zuversichtlicher in Bezug auf Therapie und Leben. Und Menschen, die begreifen, dass es auf Dauer nachteilig ist, das Gute auszublenden, haben die Chance, etwas anders zu machen.

Es gibt Patientinnen, die auf die Frage nach dem Guten selbst nach einem erfüllten Tag mit einem fast empörten „Nichts. Gar nichts!“ antworten – und das vielleicht, obwohl ich sie bereits am Frühstückstisch, während ich mir einen Kaffee holte, herzhaft mit einer Mitpatientin lachen sah. War das nicht Gutes? Manchmal werde ich dann ein wenig provokant: „Ja, darf denn überhaupt Gutes passieren?“

Wem etwas Gutes passiert, der hat einen Anteil daran. Und wer Anteil an dem hat, wie es ihm (ihr) geht, kann mehr Verantwortung im Leben übernehmen, damit noch mehr Gutes passiert: Er (sie) kommt aus der Passivität, aus der Rolle des Patienten, in die Aktivität, oder wie manche systemischen Therapeuten sagen, in die Rolle des „Kunden“ oder Klienten, der etwas will und in mir als Therapeuten seinen helfenden Dienstleister sieht. Der Patient dagegen, der Patient bleiben will – nennen wir ihn gemäß der systemischen Typisierung den „Jammernden“ oder „Klagenden“ – traut sich diesen Schritt in die Eigenverantwortung für das eigene Leben nicht zu. Er weiß, dass er Probleme hat, doch mit der Lösung hat er gefühlt nichts zu tun.

Der Kunde und der Jammernde, das sind zunächst nur zwei Typen, die meisten Patientinnen sind phasenweise mal in diesem und mal in jenem Modus unterwegs. Und: Der Großteil der Patienten wird bei einem gewissen Lebensthema im Jammer-Modus feststecken und bei anderen Themen sehr wohl als Kunde ansprechbar sein. Wenn wir daran weiterarbeiten, können wir ihm helfen, seine Selbstwirksamkeit zu stärken, was ihm insgesamt, also auch für

die scheinbar noch unlösbaren Themen zugutekommt. Es braucht also Geduld auf beiden Seiten.

Wenn ich als Therapeut das nicht erkenne, werde ich uns beide, den jammernden Patienten und mich, ziemlich schnell ins therapeutische Abseits stellen, wo wir voneinander nur noch genervt sind: Ich werde ärgerlich, weil der Patient alles, was helfen könnte, verwirft – Selbststeuerung will er nicht lernen, Gelungenes nicht erkennen, geschweige denn: Ressourcen reaktivieren, Eigenverantwortung für die Lebensgestaltung übernehmen. Doch auch ich gehe diesem Patienten schnell und gewaltig auf die Nerven, weil ich etwas von ihm verlange, was er derzeit nicht kann, obwohl ich es ihm zutraue, oder gerade nicht liefern will: „Kenn‘ ich schon, klappt bei mir nicht; hab‘ ich schon (ausprobiert), hilft bei mir nicht.“

Das ist in der Anfangsphase völlig in Ordnung, aber nicht auf Dauer. Mir gehen rhetorischen Geschichten des Patienten, die er oder sie gefühlt hundertmal so erzählt hat, gewissermaßen aus einem Jammer- oder Opfermodus, und da soll ich mitjammern? Das hat nichts mit Empathie zu tun!

Um es klarzustellen: Mit den üblichen Formen des „positiven Denkens“ habe ich nichts am Hut! Was negativ war, darf negativ genannt werden; wer Opfer war, darf sich auch so zeigen usw. Aber das Positive im Leben eines jeden gibt es auch und muss zugelassen und zumindest gelegentlich auch in meinem Beisein als Therapeut anerkannt und genutzt werden. Sonst … sollten wir die Zusammenarbeit beenden.

Bessere Selbstfürsorge ist das Ziel Ihrer Therapie. Ein „Kunde“ werden Sie als Patient in den Momenten, in denen sie erkennen und irgendwie auch akzeptieren, dass wir Ihre Umwelt nicht ändern werden, weder den Partner, noch den Chef noch die Verwandtschaft, sondern nur mit Ihren Anteilen arbeiten können, so dass Sie Ihre Probleme besser in den Griff bekommen.

Wann haben Sie schwierige Herausforderungen schon einmal gemeistert, wann größere Probleme lösen können? Wie ist es gelungen? Auch hier wird der jammernde Patient nichts antworten (können), da seine depressiv-ängstlich gefärbte Brille einen solchen Ressourcen-bezogenen Rückblick nicht zulässt. Nochmal: Der Jammerer tritt so auf, wie er (sie) auftritt, weil er – oft gar nicht einmal bewusst – eine riesige Angst vor dem Leben und vor eigenen Entscheidungen und den Konsequenzen hat. Er heißt auch der „Ja-aber-Patient“,

da er immer ein ABER findet, wo es ein Ja geben könnte: „Ja, damals habe ich das geschafft … aber da war alles ganz anders."

Jammern ist eine äußere Erscheinungsform einer Ohnmacht. Ohnmacht zuzulassen und halten zu können, das gehört zu unseren wesentlichen Aufgaben als Therapeut. Aber wir wollen ja weiterleben, zumindest ist das die Voraussetzung, um bei mir Therapie zu machen. Unter der Ohnmacht, die „ich kann nicht" ruft, liegt die meist verdrängte Angst: „ich habe solche Angst, diesen Schritt zu gehen".

Kritisch erscheint aus therapeutischer Sicht, wenn die Ohnmacht des „ich kann das nicht" letztlich eine regressive (kindliche) Verweigerungshaltung ausdrückt, in die Eigenverantwortung zu gehen und Lebensrisiken zu übernehmen. Die regressive Haltung sagt so etwas wie: „Irgendein Papi (der reale Vater, der Therapeut, die Sozialarbeiterin, Gott selbst) oder eine Mami sollen das Problem regeln." Doch wer sich nicht erwachsen verhält, dem entgeht in der Regel eine ganze Menge Leben.

Vorübergehendes Jammern ist allerdings nicht automatisch ein Ausdruck von anhaltenden Regressionen, sondern manchmal notwendige Begleiterscheinung eines emotionalen Flashbacks. Mit etwas mehr Therapieerfahrung weiß der oder die Betroffene selbst, dass sein Empfinden gerade nicht der realen Situation entspricht, sondern vielmehr aus einer alten Erfahrung stammt, in die er (sie) gerade zurückgeworden wurde. Das Jammern kann dann tatsächlich, wenn es nicht dauerhaft ist, zur Entlastung führen und Teil von Selbstregulation und Genesung sein.

Im Leben und in der Therapie gibt es häufig Rückfälle in die Ohnmacht – und damit in den Status des jammernden Patienten. Dass Patienten sich „lost" fühlen, sich die scheinbar kleinsten Schritte zur Besserung gerade nicht zutrauen, dass sie mal wieder sich und die ganze Welt mit Schwarz-Weiß-Denken überziehen, wegen überschaubarer „Katastrophen" vom Weltuntergang reden oder davon, keinen Boden mehr unter den Füßen zu haben, dass sie ihren Selbstwert vom eigenen inneren Kritiker auf „0" runterschimpfen lassen …, das alles hat Gründe. Es braucht neben der prinzipiellen Einsicht des Patienten auch viel Übung in Selbstregulation, das Vergangene vom Gegenwärtigen zu unterscheiden und aus solchen Löchern schneller wieder raus und hoch zu kommen.

Es gibt Therapeuten, die am Anfang der Stunde eine Art Jammerzeit einrichten, damit das ganze Elend rauskommt und eben, weil das Jammern sehr entlastend sein kann – aber irgendwann muss es weitergehen, sofern der Patient Therapie machen und nicht nur gepflegt werden möchte. Sicher gibt es schicksalhafte Lebenssituationen, die keine wirklich gute Lösung zulassen. Das erklärt manche Verzweiflung. Aber wo ist das therapeutische Thema daran? Wir können ja nicht zaubern. Die Aufgabe besteht für den Therapeuten jedenfalls nicht darin, als Klagemauer zu dienen, sondern dem Patienten zu helfen, offen über Bedürfnisse und Wünsche, Ängste und Sehnsüchte zu sprechen.

Es ist durchaus denkbar – und vielleicht sogar bei einer Mehrheit unserer Patienten so –, dass sie sich für ihr altes Leben entscheiden müssen, weil alles andere derzeit unrealistisch ist. Dann müsste es umso wichtiger sein, jene Aspekte in diesem Leben wertzuschätzen, die wertvoll und förderungswürdig sind. Man könnte es Achtsamkeit nennen – ich werde darauf zurückkommen. An dieser Stelle kommen wir aber zunächst auf die Eingangsfrage zurück: Was ist heute schon Gutes passiert? Was könnte heute noch Gutes passieren? Und morgen?

Falls Sie länger Therapie machen, haben Sie es vielleicht schon erlebt, dass Ihre Therapeutin ab und zu ein ABER von Ihnen in ein UND verbessert. Wie wir reden, das ist schon relevant für den therapeutischen Prozess, auch wenn Therapeut*innen es diesbezüglich manchmal übertreiben. Das Aber steht ein bisschen unter Generalverdacht, dass Patienten damit sich aus der Eigenverantwortung stehlen, natürlich unbewusst.

Um das zu verstehen, müssen wir zunächst einmal genau darauf achten, wann Patienten ABER sagen. Oft geschieht es zwar nur nach alltäglichen Mustern (auch die können bedenklich sein), manchmal steckt jedoch mehr dahinter. Eine typische Konstellation: Der Patient entdeckt gerade vor „Zeugen“, d.h. im Beisein des Therapeuten oder der Therapiegruppe, eine Ressource oder Stärke von sich. Je nach Stadium der Therapie kann er das kaum ertragen, muss es sofort relativieren: „Ja, das war eine ganz nette Übung, Herr Wagner. Aber wenn Sie meinen Mann kennen würden …“ Dahinter steckt die Angst, in die Eigenverantwortung für die Lösung der eigenen Lebensherausforderungen zu gehen.

Es gehört dagegen zu den Highlights des therapeutischen Alltags, wenn Patienten UND-Erlebnisse haben, d.h. die Gleichzeitigkeit von Aspekten erleben, die sich zuvor ausgeschlossen hätten: „Ich finde ihn (den Mitpatienten) ganz schön schwierig – und ich mag ihn." „Ich habe große Angst vor zu Hause – und ich freue mich auch sehr."

Natürlich machen wir ständig UND-Erfahrungen im Alltag: Dass Dinge, die sich zu widersprechen schein, gleichzeitig da sind; z.B. ich mag jemand richtig und er nervt mich kolossal. Allerdings geht viel Energie verloren, weil wir mit dem Widerspruch hadern, uns reine Harmonie wünschen. In der Therapie, aber auch im Rahmen von Achtsamkeitspraxis und Spiritualität ist es uns möglich, das UND auch mit Dissonanzen und Irritationen ganz zuzulassen: Ich bin traurig und glücklich zugleich. Ich bin einsam und verbunden. Ich kämpfe mit Scham – und ich stehe zu mir.

Kurzum, das „therapeutische" UND ist eine gute Übung, aber es nützt nichts, wenn Patienten es nur versuchen, um brav zu sein – in Wirklichkeit noch ganz im Aber-Stadium sind. Der ideale Patient traut sich was zu, übernimmt Eigenverantwortung und packt die Dinge an, aber ist er dann noch Patient (d.h. Leidender)? Mein „idealer Patient" muss gar nicht so ideal sein, er zweifelt und verzweifelt manchmal, jammert oder resigniert gar zwischendurch – aber er oder sie stellt keine Bedingungen an die eigene Lebensveränderung.

In die Therapie kommen viele Klienten mit solchen Bedingungen: „Ich muss erst" … (zum Beispiel) „… aus dieser Arbeit raus", „… meine Ängste loswerden", „… mein Trauma bearbeiten"; oder auch in der Variante: „Erst wenn meine Schmerzen weg sind …". Oft ist völlig unklar, ob überhaupt und wann es gelingen kann, diese Bedingungen zu erfüllen und wer darauf Einfluss hat. (Ganz zu schweigen von Patient*innen, die darauf warten, dass der Chef sich in Luft auflöst, der Partner sich freiwillig trennt, aber Geld und Kinder dalässt, die Eltern versterben usw. – alles „Bedingungen", meist heimliche bis verdrängte, damit es danach besser werden könnte.)

Derweil könnten wir doch längst anfangen, besser zu leben, für mehr Lebensqualität zu sorgen, das Leben nicht nur verstreichen zu lassen bis zum Zeitpunkt X. Ein besseres Leben ist möglich, hier und jetzt, das ist die provokative Antithese gegen die „Bedingungen an mein Leben, bevor ich loslege". Gewiss, die Klienten denken sich ihre Bedingungen nicht aus, oft trauen sie sich

einfach fast nichts mehr zu. In der Therapie lernen sie hoffentlich etwas dazu.

Tatsächlich übersehen wir oft, wie viele Bedingungen für ein lebenswertes Leben längst erfüllt sind, weil wir uns auf jene fixieren, die nicht erfüllt sind: Auch wenn wir im späteren Leben körperlich nie mehr so fit wie mit 21 und geistig-seelisch nicht mehr so hoffnungsvoll oder gutgläubig sein werden, haben die meisten von uns auch dann immer noch zwei Beine zum Gehen (oder zum Tanzen) und zwei Hände und Arme zum Anpacken (oder in die Luft werfen). Ich weiß, man kann Patienten mit derartigem „positivem Denken“ in aggressive Abwehrhaltung und Widerstand treiben. Auch mir geht zu viel „Achtsamkeitsgedöns“ an manchen Tagen auf die Nerven. Und doch: Wir können so viel er-leben, mit jedem Schritt, mit jedem Atemzug, mit jeder Begegnung, jetzt gleich, sobald wir aufhören, Bedingungen zu stellen; jetzt gleich könnten wir mehr Leichtigkeit spüren, wenn wir die Koffer von Vergangenheit und Zukunft, die wir meist links und rechts in der Hand halten, mal abstellen. (Bei diesen Koffern handelt es sich um ein Bild von Ajahn Brahm.)

Interessanterweise heißt einer der bekanntesten therapeutischen Tricks, um Klienten lösungsorientiert für ein besseres Leben zu gewinnen, die Wunderfrage: „Stellen Sie sich vor, Sie gehen schlafen. In der Nacht geschieht das Wunder, ihre großen Probleme werden verwandelt, alle Bedingungen erfüllt.“ (Das ist die rationale Kurzfassung, in der Praxis schmücken wir sie bildhaft und phantasievoll mit vielen Details aus.) „Woran merken Sie am nächsten Morgen, dass das Wunder stattgefunden hat? Wer merkt es außer Ihnen – und woran? Was machen Sie jetzt anders …?“

Und der Trick? Besteht darin, den Klienten danach zu fragen, was von dem, das anders gemacht würde, er (sie) heute schon anders machen kann. Das setzt voraus, dass der Klient schon begriffen hat, dass niemand ihn retten wird außer er sich selbst und meist auch, dass er bereit ist, sich mit „kleineren Brötchen“ zufrieden zu geben. Wir dürfen große Wünsche und Träume für die Zukunft hegen, aber wir üben ab sofort, dem Leben in der Gegenwart mehr Qualität zu schenken. Dies stärkt unser Vertrauen, das Leben mehr selbst gestalten zu können.

Mit Wundern fängt sie an, diese Achtsamkeit. Das u.a. von Thich Nhat Hanh beschriebene Wunder der Achtsamkeit meint zum einen, dass wir mit ganz

einfachen Mitteln, sofern wir sie regelmäßig üben, unser Leben erstaunlich verändern und bereichern können. Zum andern gehört zu diesen „Methoden“ an vorderster Stelle das Wundern selbst: Dass wir die Wunder, die immer schon in uns und um uns herum sind, wirklich wahrnehmen, sie also bewundern. Dass wir uns für die Wunder des Alltäglichen öffnen oder, wie Thich Nhat Hanh sagt, sie „berühren“. Das Leben bietet alles, immensen Reichtum und sogar das, was Du Dir wünschst und was Du sein möchtest – Du musst es „nur“ mit Deinem Bewusstsein berühren.

Das neue Bewusstsein entwickeln wir, indem wir mitten im Alltag „meditieren“, indem wir unsere Atmung beobachten und bewusst gehen, indem wir das scheinbar Selbstverständlichste der Welt als Wunder entdecken, indem wir unseren Körper in all seinen Teilen und Empfindungen bewusst wahrnehmen und indem wir einfach nur in Stille sitzen. Sicher, wir können nicht ständig jeden Moment auf der Zunge des Bewusstseins zergehen lassen. Und es geht auch nicht um permanente Entschleunigung. Es geht vielmehr um mehr Freiheit im Umgang mit uns selbst und der Welt. Weniger getrieben sein, aber sich manchmal treiben lassen. Diese Praxis führt zu mehr Mitgefühl, hoffentlich mit uns selbst, sie führt zu mehr Zufriedenheit und Dankbarkeit, zu mehr Zuversicht. Sie kann das Leben erleichtern, gerade auch dann, wenn wir uns in sehr schwierigen Phasen befinden. Sie ermöglicht uns, die Fesseln des Schicksals und unserer Emotionen zu lockern oder zu lösen. Der Weg der Achtsamkeit ist ein Weg der Befreiung.

Kapitel 09

Ein Loblied auf Gelassenheit – und Konfliktbereitschaft! Über Bypassing als Form der Vermeidung

Es gibt Schnittmengen zwischen Psychotherapie und Achtsamkeitspraxis. Je nach Lebens- und Therapiephase kann es aber auch wichtig sein, beides auseinander zu halten: Während wir beim Erlernen der Achtsamkeit viel darüber erfahren, das Leben zu lieben, so wie es ist – und damit weniger von Begierden und Ängsten gesteuert zu werden –, wollen wir in der Therapie Klientinnen und Klienten unterstützen, sich mehr daran zu wagen, das Leben zu verändern, wie es noch nicht ist. Und das heißt, sich den Sehnsüchten, Ängsten und Konflikten zu stellen, statt sich in Gelassenheit oder gar des fränkischen „bassd scho“ zu üben.

Kennen Sie diese Zen-Parabel vom Bauer und seinem Pferd?

Dem Bauer läuft sein – einziges oder bestes – Pferd weg? Die Nachbarn jammern: „Oh, welches Pech!“ Der Bauer antwortet (jetzt und auch bei jeder weiteren Wendung der Geschichte): „Gut? Schlecht? Wer weiß das schon!“ Das Pferd kommt zurück und bringt Wildpferde mit. Die Nachbarn sagen: „Was hast Du für ein Glück!“ Wir kennen die Antwort des Bauern. Der Sohn versucht ein Wildpferd einzureiten, stürzt herunter und bricht sich das Bein, fehlt dem Bauer bei der Arbeit. Die Nachbarn jammern: „Was für ein Pech!“ Der Bauer reagiert wie bekannt. Der Krieg beginnt, alle jungen Männer werden zum Militärdienst eingezogen, jedoch nicht der verletzte Sohn des Bauern. Undsoweiter.

Diese Geschichte könnte oberflächlich als Zen-Variation von „Hans im Glück“ erscheinen. Hier wie dort erscheint uns der Protagonist ein wenig einfältig und gleichzeitig beneidenswert weise, denn seine Einstellung hilft ihm, Unglück durch Bewertung zu vermeiden – bei Hans im Glück in der übertrieben verdrehten Form, dass er mit jedem objektiven Verlust von materiellem Wert offenbar noch glücklicher wird. Die sogenannte Moral von der Geschichte steht bei „Hans im Glück“ im Widerspruch zur Logik des Kapitalismus, das rechtfertigt zwar gewisse Sympathien mit dem Protagonisten. Bemerkenswert ist allerdings, dass er am Ende mittellos und glücklich bei

seiner Mutter landet. Also nicht etwa im Erwachsenenleben und in der Eigenverantwortung für sein Leben!

Und die Moral von „Wer weiß das schon“? Der Protagonist lässt sich weder von den schicksalhaften Prüfungen des Lebens niederschmettern noch von unerwartet glücklichen Fügungen mitreißen. Alles darf sein, aber ich identifiziere mich nicht damit. Das ist buddhistisches Verständnis von Lebenskunst. Im Westen versuchen wir dagegen alle Tricks und Strategien zu erlernen, wie man mehr von den positiven Fügungen hin- oder abbekommt und weniger von negativen Fügungen behelligt wird. Daher erscheint uns spontan nur die eine Seite des Bauern, das Nicht-Hadern, vorbildhaft, die andere Seite, die Nicht-Identifikation mit den glücklichen Wendungen, scheint wie verdeckt.

Positiv. Negativ. Wer weiß das schon. Von klein auf lernen wir zu bewerten, gut und schlecht, auch besser und schlechter zu unterscheiden. Es ist überlebensnotwendig und unverzichtbar: zu beurteilen, ob etwas für einen gewissen Zweck taugt oder nicht. Dies oder das schmeckt gut oder nicht so gut, ist bekömmlich oder vertrage ich eher nicht. Auch Werkzeuge können für einen bestimmten Zweck mehr oder weniger geeignet sein. Nennen wir dies das pragmatische Beurteilen. Es gehört zum Menschsein, verschafft uns weitgehende Freiheit von Instinkten und erspart uns viele Probleme und Frustrationen (etwa mit ungeeignetem Werkzeug etwas bewerkstelligen zu wollen) – ist aber keine Gewähr für Glück.

Nur tendiert das bewertende Denken dazu, exzessiv zu werden – ein Leistungsdenken, dessen Ideal eine (über)menschliche Maschine ist, die alles perfekt macht (Note 1), das einwandfreie moralische Handeln ebenso wie das große Kunstwerk oder den künstlerischen Gesang. Wir können das Leben ganz neu entdecken, es erscheint wie ein Erwachen, wenn es uns gelingt, Schritt für Schritt uns und andere immer weniger zu bewerten. Jon Kabat-Zinn, der die Achtsamkeitspraxis wissenschaftlich erforscht und mitbegründet hat, stellt fest, dass einer der wesentlichen Faktoren von Achtsamkeit das Nicht-Urteilen, das Nicht-Bewerten ist. „Es ist wie es ist.“

Der Mensch ist fast immer in der Lage, eine noch höhere Bewusstseinsebene zu erklimmen (die Philosophen haben dafür den Begriff der „Metaebene“ erfunden, in der Therapie reden wir eher von Beobachterperspektive), in Bezug auf das Bewerten bedeutet dies, es als solches zu erkennen und damit zu

relativieren: „Aha, da ist es mal wieder.“ Als Therapeut und Anleiter habe ich oft automatisch eine Beobachterrolle (obwohl ich ja auch Beteiligter bin!), daher fällt es mir gewohnheitsmäßig etwas leichter als den Klienten selbst, das exzessive Bewerten zu entdecken. Dann weise ich darauf hin, dass es für uns eine effektive Entspannungsmaßnahme und der psychischen Gesundheit sehr zuträglich ist, uns und andere weniger zu bewerten.

Eher hilft ein zusätzliches inneres „Aha“ oder „Soso“. Wir haben die Möglichkeit, alles, auch das Bewerten mit Nachsicht zu behandeln oder sogar als Erkenntnischance zu nutzen, nämlich: wie wir durch Bewerten Leid erzeugen, wie uns aber auch dieses Leid zur Gelassenheit führen kann. Wir können zum Beispiel an jeden bewertenden Satz des „inneren Kritikers“ eine Formel unseres „inneren Zen-Meisters“ anhängen: „Gut – schlecht – wer weiß das schon?!“

Ich habe mir angewöhnt, und es geht viel um Gewöhnung, in Situationen, wenn etwas nicht klappt: im Verkehrsstau, mit dem PC, im Kontakt mit Menschen, auch bei eigenen Fehlern oder verpassten Chancen, wo ich früher spontan gedacht hätte (und nicht nur spontan, sondern noch Tage darauf): „So ein Mist!“ immer öfter mir innerlich vorzuflüstern: „Hm, soso, wer weiß das schon.“ Zugegeben, manchmal denke ich beides, denke an Mist und an Zen. Und ich weiß auch: Man kann die Gelassenheit des „Wer weiß das schon“ nur für sich selbst entdecken. Ich würde niemals auf die Idee kommen, jemand, der sich z.B. gerade unglücklich das Bein gebrochen hat, die Antwort des Bauern zu empfehlen. Manchmal gibt es (noch) nichts Gutes am Schlechten, häufig glücklicherweise schon (irgendwann).

Allerdings können auch die meditative Haltung, das Nicht-Bewerten und die Gelassenheit, in gewisser Weise exzessiv werden – und drohen dann, unsere „Lebenstauglichkeit“ einzuschränken, denn wir müssen ja für unsere Bedürfnisse einstehen, da gibt es so etwas wie gut und schlecht schon. Oder wir fühlen uns sowieso nicht „lebenstauglich“ und versuchen dann uns die passende Achtsamkeitsphilosophie zuzulegen?

Ein Bypass ist eine Umgehung. Das kann eine Umgehungsstraße um ein Stadtzentrum sein oder eine künstliche Ader am Herzen, die eine verstopfte Koronararterie überbrückt. Man kann auch Probleme umgehen. Gelingt das mittels Spiritualität, nennen wir es einen „Spiritual Bypass“. Ein Beispiel

gefällig: „Wenn wir in uns selbst Harmonie schaffen, sind auch unsere Beziehungen harmonisch." Der Spruch stammt von Louise L. Hay. Mit ganz viel Verständnis für alles und jeden über den Dingen stehen – wer hat davon nicht schon geträumt? Ich mag solche Wünsche und Vorsätze keinesfalls schlecht schreiben. Doch wenn sie zu Verleugnung eigener Bedürfnisse und Vermeidung notwendiger Auseinandersetzungen, können sie mitten in die Depression führen.

Schon deswegen klingeln bei mir alle Alarmglocken, wenn bestimmte Patienten bei der Aufnahme zur Psychotherapie sagen, sie wollen ihre „Gelassenheit" wiederfinden. Gelassenheit darf, therapeutisch gesehen, nicht mit der Leugnung eigener Bedürfnisse erkauft werden. Anders formuliert: Spiritualität sollte nicht das erlernte Anpassungs- und Vermeidungsverhalten bestärken. Oder mit Bezug auf den Spruch zur inneren und äußeren Harmonie: Harmoniesucht macht krank.

Der Begriff Spiritual Bypass wendet sich nicht gegen Spiritualität! Im Gegenteil, er wurde von vielen spirituellen Lehrern zustimmend aufgegriffen. Diese haben festgestellt, dass manche ihrer Schüler vieles Unangenehme, von unangenehmen Gefühlen bis hin zum ganzen Leid dieser Welt, „außen vor" halten wollen. Doch so ist Spiritualität heute meist nicht gedacht. Es gibt sicher in manchen Religionen zum einen das Ideal des weltfernen, aller Probleme enthobenen Erleuchteten – zum andern auch die Idee, mit der Religion selbst den berechtigten Aufruhr der Seele zu besänftigen, innere und äußere Konflikte so zu befrieden. Diesen Typus von Religion, diese Art von Bypassing, hat Karl Marx als „Opium fürs Volk" attackiert, als Mittel, die notwendigen Veränderungen, in dem Fall: die notwendigen sozialen Umwälzungen, die Therapie für die Gesellschaft zu verhindern.

Und in der Therapie des Individuums? Es handelt sich bei den „Bypassern" in unseren Praxen meist um besonders idealistische Patienten, die wir spontan ins Herz schließen, aber leider auch oft feststellen müssen: „Oh je, das kann ja nicht klappen …" – das Leid nur wegzuatmen, wegzumeditieren oder wegzuchanten. Wir haben es immer wieder mit Patient*innen zu tun, die auf diese und ähnliche Weise innere und äußere Konflikte zu umgehen versuchen. Menschen, deren Depressionen maßgeblich aus unterdrückten Ängsten und Überanpassung mit hohen Leistungsnormen resultieren. Die Umgehung mit spiritueller Weltanschauung und Praxis erscheint in verschiedenen

Varianten: Patient*innen versuchen, für alles und für jeden Verständnis und Mitgefühl zu haben. Die Unterdrückung unangenehmer Gefühle, die sie meist de facto in der Kindheit gelernt haben, versuchen sie als Vergebung, Verzeihung und höheres Selbst zu verklären. Es gibt aber auch solche, die mit den Mitmenschen und der Welt quasi abgeschlossen haben und durch die Spiritualität in eine Art innere Emigration wechseln. (Beide „Typen“ sind hier etwas holzschnittartig vorgestellt, in der Realität ist alles komplexer.)

Wer entscheidet denn eigentlich, was Erleuchtung und was Pseudo-Erleuchtung ist? Niemand kann das. Genauso ist es mit dem Bypassing. Wer bin ich, dass ich das kritisiere? Ich kenne einige Menschen, die sich durch spirituelle Praxis durch tiefe Lebenskrisen und aus ihnen herausgearbeitet haben. Doch das „Eintreffen“ in der Therapie verrät, dass es beim Betreffenden nicht funktioniert (oder nicht mehr, immer weniger usw.): Er oder sie ist seelisch krank geworden trotz ständigen Bemühungen um höheres Seelenheil. Die anhaltende Selbstunterdrückung äußert sich irgendwann als Depression.

Das Verständnis mit den Eltern, die einen emotional missbraucht haben, mit Kollegen, von denen man gemobbt, und Chefs, die einen verheizen, solches Verständnis und Vergeben wirkt sehr edel und ist tatsächlich ein schönes Ideal. Es verträgt sich aber nicht so gut mit dem Start einer Psychotherapie (in einem fortgeschrittenen Stadium kann das wieder anders aussehen).

Spiritualität und (Psycho-)Therapie können sich sehr gut ergänzen, haben viele Gemeinsamkeiten, je nachdem auch eine gemeinsame Basis: die Liebe zum Leben und zu den Menschen. Je nach Lebensphase und -herausforderung ist es naheliegend und passend, mehr das eine oder eben das andere zu wählen. Manchmal sind Patienten zurecht therapiemüde – ja, klar, dann sollten sie besser mal auf ein Meditationsretreat gehen als noch eine weitere therapeutische Schleife zu drehen. Es gibt außerdem Lebenssituationen, wo Spiritualität die einzige Zuflucht bleibt, das kann man dann wohl kaum Spiritual Bypassing nennen. Den umgekehrten Fall gibt es natürlich auch: Menschen, die endlich mal richtig in der Therapie ankommen sollten …

Wenn ich mit Patienten zu tun habe, und darum geht es ja, ist für mich das entscheidende (in der Tat: therapeutische) Kriterium: Wohin geht die Entwicklung – lernen Sie mehr zu sich und Ihren Bedürfnissen zu stehen und die Risiken, die damit verbunden sind, einzugehen? Oder lösen Sie sich noch

mehr auf, weichen noch mehr zurück, werden noch „weicher“ im Sinne von angepasster? Therapie bedeutet, seine Bedürfnisse bewusster wahrzunehmen und zu vertreten. Das ist mit inneren und äußeren Konflikten verbunden.

Stark aggressionsgehemmte Patienten mit extrem konfliktvermeidendem Verhalten weichen dem manchmal unvermeidlichen Ärger aus, bisweilen eben durch Flucht in (noch mehr) Spiritualität. Besser wäre, z.B. den Eltern (im übertragenen oder rituellen Sinn) die Last zurückzugeben, bevor man ans Versöhnen geht. Und allgemeiner, in Bezug auf das spirituelle Ideal der Aufgabe des Egos, kann man aus therapeutischer Sicht entgegenhalten: Es muss erst einmal eine Ich-Kraft spürbar sein, ein konfliktfähiges Ich, das für sich und seine Bedürfnisse eintritt. Wer das Ich opfert, löst keinesfalls das Ego im Sinne des Buddhismus oder anderer Lehren auf.

Übrigens, der spirituelle Umweg ist absolut nicht die einzige Form von Bypassing, was die eigenen Lebensherausforderungen angeht! Das Philosophical Bypassing – das beliebte ausgedehnte und ausgeschmückte Diskutieren über den Sinn des Lebens – haben wir uns schon in einem früheren Kapitel angeschaut. Daneben gibt es z.B. das Political Bypassing: Menschen, die sich stark, oft exzessiv politisch engagieren, aber die Probleme auf ihren Lebensbaustellen Arbeit, Beziehung, Familie etc. aufschieben. In abgewandelter Form erleben wir das in der Gruppentherapie, wenn die Gruppe zum Lamento-Stammtisch über die Übel der „Gesellschaft“ mutiert. Dann kenne ich noch sowas wie Fortbildungs-Bypassing: Ich habe im Heilpraktiker-Bereich einige Kolleginnen kennengelernt, die von einer Aus- oder Fortbildung zur nächsten gegangen sind, manchmal konnte man den Eindruck gewinnen, das wäre ihr eigentliches Leben – aber manche Schwierigkeiten im eigentlichen Leben (etwa die Praxisgründung) haben sie vermieden anzugehen.

Nicht zuletzt Menschen mit Helfersyndrom. Es gibt verschiedene Versionen davon; jene, die ich hier meine, betrifft die Helfer, die ständig versuchen anderen zu helfen, die gar nicht anders können (und in der Klinik dann einen „Anti-Helfer-Vertrag“ angeboten bekommen). Psychologisch gesehen handelt es sich meist um den letztlich zum Scheitern verurteilten Versuch, das eigene innere Kind, das unter Entbehrung leidet und voller Angst ist, bei andern zu retten. Alles spannende „Fälle“ in der Praxis – hier nur zur Illustration und Erinnerung, dass die spirituell veranlagten Patient*innen nicht unter einem exklusiven Bypass-Verdacht stehen. Die Tendenz betrifft letztlich alle

depressiven Patienten: Konflikte zu vermeiden und eine Gelassenheit anzustreben, die nicht wirklich inneren Frieden bringt.

PS. Beinahe hätte ich eine Form des Umwegs vergessen, der ich ab und zu begegne: das Therapeutical Bypassing. Früher haben Patienten bisweilen viele Jahre oder sogar Jahrzehnte beim Psychoanalytiker verbracht, am Leben hat sich nichts geändert – Kritiker meinten daher, diese Art von „Therapie" verfestige pathologische Strukturen beim Patienten.

Heute ist das in dieser klassischen Form selten, aber es gibt Patienten, die z.B. innerhalb von drei Jahren fünf Klinikaufenthalte antreten und irgendwie darauf zu warten scheinen, dass sich die Probleme im wahren Leben irgendwann dabei auflösen oder von alleine bessern; psychologisch gesehen, trauen sie sich es einfach nicht zu, Wesentliches zu ändern, aber darauf muss Therapie abzielen.

Es soll niemand glauben, wenn er oder sie am wahren Leben nichts ändert, dass es wirklich gelingt, in der Therapie weiterzukommen, etwa beim nächsten Klinikaufenthalt „eine weitere Schicht meines Traumas abarbeiten". Ich weiß nicht, wer Patienten solche Flöhe ins Ohr setzt. Ich benenne es als das, was es meist ist: Therapeutical Bypassing, und fordere die Betroffenen auf, sich dem Leben zu stellen, durchaus nicht ohne Unterstützung (!), aber mit Sinn für die eigene Verantwortung als Erwachsene.

Kapitel 10

Rückschläge und Fehler warten auf Sie. Wie gehen Sie dann mit sich um?

Das Universum schlägt zurück. Das ist keine Übertreibung, wenn man es als bildhafte Beschreibung für das nimmt, was Patientinnen und Patienten an Rückschlägen im Leben und in der Therapie oft erleben. Deswegen ist es wichtig, sich im Rahmen der Therapie rechtzeitig mit Rückschlägen zu beschäftigen: Wie können wir sie verhindern? Wie gehen wir erwachsen damit um? Haben wir den Mut zu „Fehlern“?

Der schlimmste Rückschlag für viele Patienten scheint oft recht banal, fühlt sich aber überhaupt nicht banal an: dass sich gar nichts oder sehr wenig im Leben ändert! Die „Systeme“ (Familie, Arbeit …) funktionieren wie gehabt und die alten Muster in uns sind ebenfalls stark genug, jeden Tag wieder die Oberhand zu übernehmen.

Unter den Bedingungen der Therapie, speziell der stationäre „Käseglocke“ (beim Klinik-Aufenthalt), wächst bisweilen ein Appetit auf neues Leben, der in der Realität nicht befriedigt werden kann. Es ist ein Balanceakt: einerseits nicht zu kleine Brötchen zu backen und im strengen „Realismus“ (der dann oft eher Pessimismus ist) schon fast wieder depressive Tendenzen zu fördern, andererseits aber auch nicht zu viel versprechen.

Patienten neigen in vorauseilender Sorge vor Enttäuschung manchmal dazu, ihre eigene Leistung und die therapeutischen Erfolge klein zu reden oder gar ins Gegenteil zu verkehren: „Ja, ja, das war ganz schön. Aber draußen wird mir das nie im Leben gelingen.“ Noch nicht, weil es ja erst der Anfang war: unter guten Bedingungen für sich einzutreten. Und ja, von einem Mal allein kommt keine Lebensveränderung, es muss immer wieder geübt werden. Dem Highlight, dem Überflug, muss die Arbeit auf dem Boden des Alltags, die Zu-Fuß-Arbeit folgen.

Nach therapeutischen Aufstellungen (sog. Familienstellen) oder Ritualen kann sich manchmal so etwas wie die Illusion „Ich hab’s geschafft!“ einstellen. Das ist eine Illusion – und gleichzeitig eine wichtige Erfahrung, an die ich mich erinnern, die ich verinnerlichen und bei Bedarf abrufen kann.

Rückfallprophylaxe heißt, dass wir kleine Ziele und Schritte wählen und planen, bei denen das neue Leben spürbar wird: konkrete Pläne schmieden, Szenarien vorwegnehmen (Plan B und C und D) – dafür eignet sich das therapeutische Tagebuch; in dem natürlich auch für hochfliegende Träume, Utopien, Fantasien ausreichend Platz sein sollte. Ganz wichtig ist die geplante Selbstwertschätzung: Wie belohne ich mich selbst dafür, dass ich den Kampf oder – wer Kampf zu martialisch findet – den Tanz um das neue Leben annehme, gerade auch, wenn es Rückschläge gibt? Ja, belohnen Sie sich fürs Probieren!

Nicht zuletzt benötigt es regelmäßige Unterstützung in Form von kontinuierlicher ambulanter Therapie und Selbsthilfegruppen. Wer alles und immer mit sich alleine ausmachen will, hat eine ungesunde und riskante Lebenseinstellung.

Apropos Einstellung: Es braucht immer wieder gute Sätze (Glaubenssätze), die die keinesfalls geradlinige oder gar stromlinienförmig vorwärts eilende Entwicklung zum Guten „rahmen“ und uns bestärken, mit denen wir uns selbst Zuspruch geben. Ich mag schon sehr lange den Spruch aus dem heilsamen Singen: „Es gibt keine Fehler, nur Variationen“.

Ein bisschen Ähnlichkeit hat dieses geflügelte Wort mit dem Motto: „Es gibt kein schlechtes Wetter, nur falsche Kleidung.“ Beide Sprüche scheinen nicht ganz ernst, aber auch nicht nur als Spaß gemeint. Vielleicht könnte man sie als Herausforderung verstehen, aus dem Schwarz-Weiß-Denken von richtig und falsch herauszutreten, das hat mit Erwachsensein und Reife zu tun.

Aus dem, ja, nennen wir es mal Lebensmotto „Es gibt keine Fehler …“ sprechen Wohlwollen und Güte, wenn es darum geht, etwas anders zu machen oder etwas ganz Neues zu wagen. Wann immer etwas passiert, was unseren Wünschen oder Idealvorstellungen widerspricht (oder oft auch nur unseren Perfektionismus stört), könnten wir uns fragen: „War’s wirklich ein Fehler oder eher eine Variation?“

Natürlich, es gibt sie: Fehler. Und die Angst, Fehler zu machen, ist ein wesentlicher Teil unserer Lebensängste, manchmal unbewusst und diffus, manchmal sehr präsent, wenn wir vor Entscheidungen stehen. Wir kommen nicht umhin, ab und zu Fehler zu machen. Was dann? Schön, wenn manche Fehler zu etwas gut sind, wenn wir etwas daraus lernen – aus Schaden wird

man klug (nicht immer). Doch es gibt auch Fehler, die sich selbst mit Distanz noch genauso darstellen, kleine und größere. Dann braucht es Selbstliebe: „Ich habe es nach bestem Wissen und Gewissen gemacht." Oder vielleicht nicht einmal das: „Ich wusste es eigentlich besser, aber ich wollte mit dem Kopf durch die Wand …" Selbstliebe heißt: Ich kenne diesen, vielleicht kindlichen, Anteil von mir und ich stehe dazu. D.h. nicht, dass ich ihn schönrede. Aber ich darf Fehler machen!

Nach meiner Erfahrung sind die meisten Handlungen (oder auch Nicht-Handlungen), die später als Fehler klassifiziert werden, ohnehin mit einer gewissen Notwendigkeit geschehen: Eigentlich hatten wir wichtige Gründe, uns genauso zu entscheiden, oder aber wir hatten (scheinbar) gar nichts zu entscheiden, wir hatten keine Wahl. Hinterher ist man immer klüger, aber vermutlich geht es dabei eher selten um Fehler, sondern um Variationen auf unserem Lebensweg – und wie be- oder abwertend wir damit und wie freundlich wir mit uns selbst umgehen, das scheint mir maßgeblich dafür, ob unser Leben besser wird. Es verhält sich so ähnlich wie mit der Dankbarkeit: Menschen, die Dankbarkeit kultivieren, sind zuversichtlicher, da der regelmäßige wohlwollende Blick zurück auch den Blick nach vorn beeinflusst. Wirklich, es ist durch Studien belegt. Und ich vermute, mit der Selbstliebe bei Fehlern ist es ähnlich: Wenn ich gnädiger und wohlwollender mit mir im Rückblick bin, traue ich mich auch eher, nach vorne zu gehen und, ja, Fehler zu riskieren.

In Wirklichkeit geht es häufig gar nicht um die Angst vor Fehlern, sondern um die Angst vor Scham: Fehler zu machen und dabei gesehen werden. Den meisten Stress machen wir uns selbst – weil wir noch nicht gelernt haben, mit unserer Scham umzugehen.

Kennen Sie das: Im Beruf Fehler machen? Das hat auch sehr viel mit Angst vor Scham zu tun. Hier überlagern oft die beruflichen Fehler, die passieren oder die man macht, jene großen Ängste, nicht gut genug zu sein (sozusagen unsere Grundscham). Als Heilpraktiker habe ich in immer wieder solche Situationen erlebt – bei Unsicherheiten in punkto richtig und falsch fiel mir sofort ein, dass „sie" (meine Arbeitgeber, manchmal auch meine Geschäftspartner: Autoren, Referenten) eigentlich auf dieser Stelle lieber einen Arzt gehabt hätten.

In modernen Unternehmen (oder solchen, die so tun als ob) wird heute von Fehlerkultur gesprochen. Was definitiv stimmt: Institutionen und Systeme, die fehlerfreundlich oder zumindest fehlertolerant sind (von der Familie bis zur Firma), unterstützen oder ermöglichen die Entwicklung von Kreativität: Die Beteiligten trauen sich, etwas anders zu machen als wie es immer gemacht wurde, sie wagen es, Neues zu versuchen.

Wussten Sie, dass Menschen am Lebensende eben nicht Dinge, die sie getan haben, sondern das zu den größten „Fehlern" zählen, was sie unterlassen, was sie sich nicht getraut haben? Das mutige Ausprobieren mit dem Risiko, Fehler zu machen, scheint mir jedenfalls besser, als Fehler partout vermeiden zu wollen: „Wer keine Fehler macht, probiert zu wenig." (Als Zitat, da der Spruch nicht von mir stammt.)

Wie tief unsere Angst zu versagen geht, das wird uns im Alltag oft nicht bewusst, denn wenn wir nicht zu den offensichtlich ängstlich-vermeidenden Menschen gehören, haben wir die tiefergehende Angst verdrängt. In der Therapie können wir sie erforschen. Dabei spielen auch Träume manchmal eine Rolle, da sie oft verdrängtes „Material", wenn nicht an Tageslicht, so doch an die Oberfläche bringen.

Ein Traum: Ich befinde mich als ein Teil eines Orchesters auf dem Marktplatz einer unbekannten Stadt, stehe nah hinter dem Dirigenten. Um uns herum steht das Publikum, im Hintergrund sehe ich Arkaden, es erinnert mich an Freudenstadt. Ich bemerke, wie überfordert der Dirigent, es ist eine Vertretung wirkt, er weiß nicht, was gespielt wird und wie er es anleiten soll. Da sind auch Solisten, die auf ihren Einsatz warten, aber der Einsatz kommt nicht. Ich spüre einen großen Druck, die Situation zu retten, einzuspringen, aber ich kann nicht, ich kann nicht Dirigent sein (dabei war das mal ein möglicher Traumberuf). Verdammt, reicht es denn nicht nur mitzuspielen! Plötzlich habe ich die Seiten gewechselt, bin im Publikum und stelle fest, wie dieses sich sang- und klanglos, auch ohne großes Aufheben oder Protest, einfach auflöst. Ich denke, ja, es gibt noch andere Probleme in der Welt.

Vielleicht war ich da schon wach. Versagensängste begleiten mich mein Leben lang. „Einfache" Prüfungsangst kenne ich aus verschiedensten

Lebenssituationen: in der Schule sitzengeblieben; dreimal durch die praktische Prüfung beim Führerschein gefallen; beim öffentlichen Geigenvorspiel den Bogen mitten im Stück vor lauter Zittrigkeit verloren. Ich wache auch heute manchmal noch nachts auf mit einem mächtigen Druck auf der Brust und mit dem Satz: „Ich schaff‘ das nicht!“ Auf die Nachfrage, z.B. meiner Therapeutin, konnte ich oft gar nicht sagen, was ich nicht zu schaffen befürchte. Da funktionierte die Verdrängung bereits wieder: „Ich weiß nicht.“

In meiner letztlich langjährigen Therapie (bei verschiedenen Therapeut*innen) bin ich auf verschiedene Urszenen gekommen, die dazu passen. In einer davon bin ich zwei oder drei Jahre alt, liege im Bett, es ist mitten in der Nacht, ich bin aufgewacht, wahrscheinlich aus einem Alptraum, habe Wahnsinnsangst, ich müsste es eigentlich nur über den Flur schaffen ins Schlafzimmer meiner Eltern (bei Lichte betrachtet wären das drei Meter, aber es ist finster), doch ich habe ja solche Angst, das schaffe ich nicht.

In einer anderen Szene bin ich im Grundschulalter und ich stehe hilflos bei meiner Mutter, ich schaffe es nicht, sie glücklich zu machen. Hierzu gibt es viele Assoziationen: Das Gefühl, nicht gut genug zu sein, entsteht oft in Situationen, in denen der Kleine sich eine Aufgabe zu eigen macht, die nicht seine ist. Ich denke da sofort auch an Ängste, die ich unbewusst in meine eigenen Paarbeziehungen mitgenommen habe: die Angst, als Partner zu versagen.

Die dritte Urszene zum Satz „Ich schaffe das nicht!“ kann ich nicht erinnern, nur imaginieren, wobei sie nicht erfunden ist, da selbst meine Mutter darüber offen sprach, ich war halt noch zu klein, hatte keine Sprache: Meine Mutter war heillos überfordert mit mir als drittem Kind innerhalb von zweieinhalb Jahren (sie selbst war 26) – und war daher immer wieder froh oder nennen wir es erleichtert, wenn sie mich „loswerden“ konnte, an meine Oma im Haus oder auch an größere Cousinen oder andere Mädchen, die mich süß fanden, oder sogar loswerden ans Krankenhaus (ich hatte mehrfach schwere Lungenentzündungen und war dann sozusagen in der Klinik „gut versorgt“). Sie als Leserin meines Blogs wissen: In der Therapie geht es nie darum, Schuldige zu finden. Es war wie es war und Mama hat ihr Bestes gegeben!

Erwachsen sein und sich so verhalten heißt: Ich übernehme die volle Verantwortung für das, was ich in meinen eigenen Beziehungen „verbockt“ habe. Die Unfähigkeit, meine Mutter effektiv zu „rufen“, sie an mich zu binden, die

Unsicherheit in der wichtigsten Bindung, hat mich möglicherweise zu dem freiheitsliebenden Menschen gemacht, der sich Bindung nur mäßig zutraut und sie auch als bedrohlich erlebt, obwohl er sich danach sehnt, der einen Leben lang nach der Mama sucht und genau das auch ganz schrecklich findet.

Versagensängste haben viel mit Scham zu tun. Beim Nachspüren über den Traum kam mir das Wort „Unvermögen“ in den Sinn – und ich musste an Patienten denken, für die „Vermögen“ (im materiellen Sinne) so wichtig für den Selbstwert ist, dass sie sich damit ins Unglück reiten. Lieber sterben als unvermögend zu sein? Oft geht es beim Streben nach Vermögen gar nicht um materielle Sicherheit, die natürlich so objektiv wirkt, dass gerne alle darauf hereinfallen, sondern um die Absicherung des Selbstwerts. Gerade Männer würden tatsächlich in vielen Fällen lieber sterben, als das, was sie für ihren Selbstwert halten, aufzugeben. Vielleicht passt dazu auch die Idee, Dirigent sein zu müssen.

Der Traum endet, finde ich, relativ erwachsen: „Es gibt noch andere Probleme in der Welt.“ Niemand protestiert oder macht Aufhebens, wenn das Vorspiel sang- und klanglos endet. Ich bin nicht mehr der kleine Junge, weder der mit dem Geigenbogen noch der, der seine Mutter oder die ganze Welt glücklich machen möchte.

Erwachsener Umgang heißt nicht, unsere kindlichen Anteile verleugnen, sondern sie anerkennen und bewusst den Unterschied klarstellen: Ich kann scheitern, ich kann Rückschläge erleiden, ich kann Fehler machen – und werde doch glücklicherweise nie mehr in einem solch entsetzlich hilflos-bedürftigen Zustand dadurch geraten, dass mich Mama tröstend auf den Arm nehmen muss, was sie vielleicht dann und wann nicht getan hat, weil sie überfordert war.

Kapitel 11

Der Weg entsteht beim Gehen und viele kleine Schritte sind ein großer

Sigmund Freud, Begründer der Psychoanalyse (schon allein dieser Begriff verrät viel) war davon überzeugt, wenn der Patient seine inneren Konflikte in der Therapie ordentlich durchgearbeitet und begriffen („mentalisiert“) hat, wird er gewissermaßen neugeboren. Das ist zugegebenermaßen übertrieben dargestellt, aber mit Sicherheit hat Freud den konkreten Verhaltensänderungen, die unser Leben besser machen können, zu wenig Beachtung geschenkt. In gewisser Weise hatte er ja Recht: Zu seiner Zeit waren die Erkenntnisse der Psychotherapie, für diejenigen, sie erlebten, oft noch umwerfend.

Heute, mehr als 100 Jahre danach, denken wir oft schon so „psychologisch“ über uns selbst und andere, dass das Begreifen allein selten noch Wunder bewirkt (ganz unterschätzen sollte man es natürlich auch nicht). Für den Patienten ist es oft viel anspruchsvoller, etwas zu ändern, etwas Neues in die Tat umzusetzen, als – vielleicht zum wiederholten Male – eine tiefgründige Erkenntnis über die eigene Vergangenheit zu haben. Sicher, es braucht beides: einerseits zu begreifen, woher mein Verhalten kommt wie meine Glaubenssätze entstanden sind, warum mein innerer Polizist, Zweifler oder Kritiker so stark ist („strenges Über-Ich“ sagt der Psychoanalytiker), und sich diesem wieso wirklich zu stellen (d.h. tabufrei zu denken, das hat uns Freud vorgemacht), das kann eine enorme Herausforderung sein; doch andererseits muss ich noch heute damit anfangen, Veränderung auszuprobieren. Wer störungsfreier und selbstbestimmter sein Leben gestalten möchte, muss dafür Verantwortung übernehmen und ziemlich viel dafür tun.

Das Vorgehen der modernen Psychotherapie mag je nach Schule unterschiedlich sein, und ähnelt sich doch in den meisten Fällen: Zuerst werden die Gedanken und Überzeugungen analysiert – woher sie kommen, wann sie gestimmt haben und warum sie jetzt nicht mehr stimmen – und dann korrigiert! Neue Glaubenssätze werden gefunden, die die mentalen Hindernisse überwinden helfen. Die Verhaltenstherapie und die Systemische Therapie legen besonderen Wert auf das, was folgt: Neues Verhalten wird ausprobiert und eingeübt, nicht einmal, sondern hundertfach. Therapie heißt Training!

Jeder kleine Schritt, der in der richtigen Richtung erfolgt, ist wertvoller als der Riesenschritt, von dem viele träumen. Die Schrittgröße muss den individuellen Voraussetzungen angepasst werden. Der Patient mit Höhenangst wird nicht gleich auf den Eifelturm geschickt, und der Mensch mit sozialen Phobien nicht auf eine Kuschelparty.

Ein altes Vorurteil gegenüber der Verhaltenstherapie, früher vor allem von gesellschaftskritischen Aktivisten vertreten, heute öfters von Patienten geäußert, lautet: Die Verhaltenstherapie diene doch „nur“ dazu, den krank gewordenen Menschen wieder funktionsfähig zu machen und in ins kranke System einzupassen.

Aus therapeutischer Sicht habe ich zwei Gegenargumente: Erstens hat das „Funktionieren“ einen unverdient schlechten Ruf unter Patienten. Mir wäre lieb, manche von denen, die da regelmäßig dissoziieren, Panikattacken haben, sich in der Isolation verkriechen und im Opferzustand einrichten, würden besser funktionieren, in ihrem eigenen Sinn und im eigenen Dienst! Sie kennen oft nur Schwarz und Weiß, beides trostlose Zustände: das angeblich reine „Funktionieren“ (für andere) und die Hilflosigkeit und Ohnmacht des Opfers. Zweitens, und das hängt damit zusammen, kann man auch dezidiert unangepasstes Verhalten therapeutisch erarbeiten und trainieren.

Das Ziel jeder Art von Psychotherapie sollte eine bessere Lebensgestaltung des Klienten sein, ein gesünderer Umgang mit seinen Bedürfnissen. Wenn die primären Bedürfnisse weitgehend psychosozialer Art sind (Bindung, Autonomie, Selbstwert, Zugehörigkeit), muss umfassende „Verhaltenstherapie“ bedeuten, dass wir die psychosoziale Kompetenz des Klienten verbessern helfen, dass er (sie) eine bessere Selbstfürsorge im Umgang mit andern lernt und ein Gespür für seine Selbstwirksamkeit bekommt. Indem der Therapeut mit ihm oder ihr konkret übt und ihn (sie) zum weiteren selbständigen Üben motiviert, hilft er, das Gefängnis zu verlassen, in das wir Menschen gelernt haben, uns selbst einzusperren. Es ist wirklich ein „Breaking Free“, ein Ausbruch aus dem eigenen System von Zwängen.

Haben Sie das Folgende schon mal gehört oder noch besser ausgesprochen? „Ich darf Nein sagen!“ oder: „Ich darf mein Leben selbst gestalten!“ oder: „In meinem Leben bin ich der wichtigste Mensch!“ Und haben Sie schon erlebt, wenn Sie dies wirklich vertreten, geht die Welt nicht unter und es öffnet sich

auch kein Abgrund vor Ihnen, sondern Sie gelangen zu einer freudvolleren Lebensgestaltung und, oh Wunder, auch zu deutlich besseren zwischenmenschlichen Beziehungen. Falls Sie es noch nicht erlebt haben, dann wird es Zeit für irgendeine Art von „Verhaltenstherapie“!

Wichtig ist dabei, wie gesagt, die Schritte nicht zu groß zu wählen, die Messlatte nicht zu hoch zu legen, damit die Patienten wirklich vorwärts gehen. Systemische Therapeuten sagen daher: „Man kann den nächsten Schritt nicht klein genug wählen!“ Und sie haben ein „Werkzeug“ für diese Wahl: die Skalierungsfrage.

Auf einer Skala von 1 bis 10, wie fühlen Sie sich gerade, wenn 1 für „mies“ und 10 für „super“ steht? Auf einer Skala von 1 bis 10, wie bewerten Sie die Fortschritte der letzten Zeit? Mit welchem Wert wären Sie zufrieden? Auf einer Skala von 1 bis 10, wie wahrscheinlich halten Sie es, dass Sie nächste Woche …

Ähnlich wie in die Untiefen der Psychoanalyse können sich Klienten geradezu genussvoll in systemischen Erleuchtungen verlieren, etwa wenn sie im Monatstakt zu Familienaufstellungen gehen, ohne wirklich ihr Leben zu ändern. So ist’s aber nicht gedacht. Daher hat ein Teil der Systemiker den eigenen Ansatz irgendwann „systemisch-lösungsorientiert“ benannt und eine Methodik aufgebaut, die Klienten ins Handeln bringen soll.

Die Skalierungsfrage hat dabei mehrere fundamentale Bedeutungen. Eine davon lautet, dass wir das Schwarz-Weiß-Denken überwinden: weg von den Gegensätzen hell-dunkel, gut-schlecht, schön-hässlich … weg von der lebensfeindlichen Alternative, die da lautet „ganz oder gar nicht“. Mit der Skalierungsfrage verwandeln wir das komplizierte Thema in eine scheinbar einfache Aufgabe, in eine spielerische Übung. Es geht darum, den eigenen Anteil des Klienten an seiner Lebensqualität ihm (ihr) bewusster zu machen und sein (ihr) Gefühl für Selbstwirksamkeit zu stärken – denn nur am eigenen Anteil können wir therapeutisch arbeiten. Das klingt banal, wird aber häufig übersehen. Statt schwarz oder weiß, hop oder top, ja oder nein gilt es also, die Skala zu be-greifen, wirklich den Regler für Lebensqualität anzufassen, Lebensgefühl und Lebensglück zu finden und daran zu arbeiten, wie der Klient ihn selbst betätigen kann: „Was war ihr Anteil daran, dass sich der Wert in der letzten halben Stunde von 3 auf 3,5 verschoben hat?“ – „Na, Sie waren so

lieb zu mir.“ – „Und Sie haben es zugelassen oder mich sogar dazu eingeladen.“

Die Skalierungsfrage entlastet Klient und Therapeut, weil sie deutlich macht, dass wir weder von einem Riesendurchbruch (Erleuchtung, Komplettheilung etc.) ausgehen noch einem von uns beiden (Klient/Therapeut) die Verantwortung für dieses Wunder aufhalsen. Besonders entlastend ist sie in der Kombination mit dem Behandlungsziel: „Wenn Sie an Ihr Hauptproblem denken, fühlen Sie sich derzeit bei 2. Nehmen wir an, wir beide würden hier die nächsten Wochen super Arbeit leisten. Mit welchem Wert bei der Entlassung wären Sie zufrieden?“ Ich habe es schon oft erlebt, dass Patient*innen darauf mit einer „4“ antworten. Wir Therapeuten meinen aber manchmal, wir müssten „9“ liefern …

Die systemische Therapie verfügt über ein breites Repertoire an „trickreichen“ Fragen, um sich der Selbstwirksamkeit zu nähern: „Wann war Ihr Wert zuletzt bei 5 statt nur darunter – was war da anders?“ „Wenn ich ihren besten Freund fragen würde, wann Sie es auf über 5 schaffen, was würde der sagen? Und was erkennt dieser Freund bei Ihnen, was Ihnen selbst schwerfällt wahrzunehmen?“ Die Skalierungsfrage bietet außerdem einen geeigneten Ansatz für verwirrende Fragen, die die Therapie aus der Starre schütteln können: „1,5. Soso. Schon wieder. Wie schaffen Sie es eigentlich, dass es nicht noch schlimmer ist?“ Oft erhält man durch die Frage nach der Verschlimmerung auch hilfreiche Aufschlüsse darüber, wie der Regler in die andere Richtung zu drehen sein könnte.

Die Frage nach der künftigen Gesundheit von Klinik-Patient*innen ist in vielen Fällen nicht zu klären oder sogar irreführend, entscheidend ist, ob die Betreffenden hinterher ein besseres Leben führen (können) – und die Antwort darauf hängt von Faktoren ab, die schwer einzuschätzen sind. Viele Patientinnen und Patienten machen im Rahmen eines Klinikaufenthalts die Erfahrung, dass sie – wohlgemerkt hier – „ganz anders“ sind als „draußen“, dass hier Anteile von ihnen groß werden können, die sie kaum (noch) kannten, so dass ihnen ein grundlegend besseres Leben möglich erscheint. Allerdings, ein Teil von ihnen überschätzt das Potenzial zur Veränderung und wird hinterher bitter enttäuscht.

Ein anderes Leben wäre zwar prinzipiell möglich, aber bei den meisten ist das Umfeld bei Rückkehr vorläufig das gleiche wie zuvor – und wartet im Großen und Ganzen selten darauf, dass man wirklich gesünder lebt (sondern wieder „funktioniert“). Manchen Klienten gelingt es, sich in ihrem Umfeld neu zu behaupten, sogar ihr Umfeld dadurch zu verändern. Oder eben es zu verlassen. Dann können sich die Unterschiede zwischen altem und neuem Menschen – „vor und nach der Therapie“ – zumindest zeitweise wie Tag und Nacht anfühlen. Der schlimmste gegenteilige Fall ist der, dass alles hinterher so schlimm ist wie zuvor – sich jedoch noch schlimmer anfühlt, weil der Patient „zwischendurch“ dachte, es würde jetzt alles besser werden.

Die meisten Patientinnen und Patienten benötigen eine längerfristige kontinuierliche Unterstützung, damit im Alltag sich ein neues Leben entwickelt. Lebensaufgaben können manchmal langwierig sein: ein Jobwechsel, die Trennung vom Partner oder die Loslösung aus der Herkunftsfamilie. Da ist es schwer und meist nicht einmal hilfreich, Prognosen zu stellen, zumal es auch so etwas wie Schicksal gibt.

Es gibt keine Faustformel für eine gute Prognose, lediglich ein paar bewährte Prädiktoren (Hinweise): Hat er oder sie gelernt, offen über eigene seelische Nöte zu kommunizieren (ohne dies manipulativ einzusetzen)? Hat er/sie die Klinikzeit für Konflikttraining genutzt und dabei gelernt, für seine Gefühle und Bedürfnisse offen und achtsam einzutreten? „Offen“ bedeutet dabei: über das reden, was „ich brauche“ (Bedürfnisse) statt über das, was „man erwarten kann“ (Normen). Hat der oder die Betreffende zeitnah anschließende ambulante Therapie und evtl. weitere Unterstützung bei den Lebensaufgaben? Wie stark ist er/sie mit Gleichgesinnten bzw. Betroffenen vernetzt (z.B. durch eine Selbsthilfegruppe)?

Doch auch wenn dies alles klar scheint, stellen Überraschungen keine absolute Ausnahme dar: Patienten, denen ich viel zugetraut hatte, sind im Alltag schnell „eingebrochen“, Patientinnen, deren Zukunft ich eher skeptisch sah, haben diese Befürchtung widerlegt.

Grundsätzlich ist es beruhigend, so paradox es klingen mag, wenn Klinik-Patientinnen Angst vor dem Alltag haben und vor den Kräften, die ihrem besseren Leben entgegenwirken – denn damit kann man „arbeiten“ und Vorsorge

treffen. Vielleicht ist das eine treffende Formel: Vorsorge ist besser als Vorhersage, ähnlich wie beim Wetter.

Die berechtigte Zuversicht, die wir Therapeuten Ihnen in der Therapie vermitteln und die Sie selbst Schritt für Schritt aufbauen, beruht nicht auf Prognosen, sondern auf einer schon in der Therapie wachsenden Selbstfürsorge, einem verbesserten Gefühl für Selbstwirksamkeit und der Entwicklung echter Selbstliebe.

Zuversicht – hat das etwas mit Sehen zu tun? Ja, es ist eine Sicht, aber nicht bloß die „Brille des Optimisten“. Mit Glaube oder Hoffnung kann man Zuversicht nicht übersetzen. Denn die Hoffnung stirbt ja bekanntlich zuletzt, also wenn es keinerlei reale Aussicht auf Erfolg mehr gibt, die Zuversicht aber hat eine in mir selbst begründete Aussicht. Auch Gewissheit trifft es nicht, denn Zweifel sind trotz Zuversicht möglich, aber: die Zuversicht ist stärker als die Zweifel. Es handelt sich um eine Form von Vertrauen in mich und das Leben.

Manchmal, wenn ich mal wieder darauf herumreite, was unser Ziel in der Therapie ist: dass Sie mehr aus dem Leben „herausholen“, werde ich gefragt: „Wie viel ist möglich?“ Das sollten wir besser nicht so pauschal angehen, sondern konkret und von Termin zu Termin. Wir können keinen völlig anderen Menschen aus uns machen und sollten uns das auch nicht vornehmen. Manchmal reicht es, wenn bestimmte Persönlichkeitsanteile etwas stärker werden, damit wir das Leben entscheidend ändern und, sagen wir mal so, 5 Prozent „mehr herausholen“ aus dem Leben – oder phasenweise 50%. Dann gibt es auch Phasen, da fühlt es sich wieder wie 0,5% an.

Patienten sagen vielleicht in schwierigen Momenten sogar: „Ich habe das Gefühl, jetzt ist alles noch schlimmer, ich bekomme noch weniger raus aus dem Leben als vor der Therapie.“ Wenn Sie wirklich Therapie gemacht haben, bezweifle ich das – der Eindruck beruht darauf, dass Ihre Ansprüche mit der Therapie manchmal auf unrealistische Maße wachsen. Und, ja, verschiedene Menschen haben unterschiedlich viel Glück. Das berührt mich immer wieder in der Therapie.

Im Leben geht es rauf und runter. Zuversicht hat auch mit Leichtigkeit zu tun, mit der Erfahrung, dass es trotz großer Aufgaben und Schwierigkeiten fast jederzeit möglich ist, zwischendurch Lebensfreude und Leichtigkeit zu aktivieren – mit Singen, Tanzen, Malen, Lachen, Reden, Schreiben, Spielen. Mit

Glück haben Sie das in der Therapie auch gelernt: Therapie ist nicht nur, wenn es todernst zugeht. Therapie ist keine Strafe. Das Leben auch nicht.

Nachwort

Bedingungslose (Selbst-)Liebe praktizieren und hoffentlich Glück haben

Nach meiner Erfahrung ist Liebe die Basis der Therapie, oder sowas wie ihr Alpha und Omega. Für mich als Therapeut heißt das: Wenn es mir gelingt, den Patienten zu lieben, kann uns beiden einiges gelingen. Manchmal bedeutet es auch: Ich muss meine Angst vor ihm (oder ihr) in den Griff bekommen, damit ich ihn (sie) lieben kann. Wieso Angst? Da gibt es viele Möglichkeiten. Wenn eine Patientin in zwei, drei Jahren fünf Klinikaufenthalte absolviert hat und keine nachhaltige Besserung festzustellen war, jetzt kommt sie zu uns, dann stress mich die Idee, wie viel Frust und Ohnmacht sie mitbringt, wie viel Wut vielleicht auf sich und das Leben, der sich auch gegen mich richten kann. Und warum sollen wir es als sechste Klinik besser schaffen? Da geht es um Selbstliebe und Selbstanerkennung für mich: Ich gebe mein Bestes. Und um Neugier: Mal sehen, was ich lernen kann.

Patienten müssen nicht zwingend ihre Therapeuten lieben, die Liebe als Basis meint hier: die Selbstliebe, die es gilt auszubauen. Zumindest ein bisschen Selbstliebe ist ja schon vorhanden, denn sonst wären Sie nicht in Therapie gekommen, sondern hätten Ihr Leben weggeworfen oder irgendwie und irgendwo vergessen. Doch oft ist es noch nicht viel mehr als dieses bisschen – und manche Patient*innen scheinen sich kurioserweise hartnäckig zu weigern, dass es mehr werden darf. So haben sie wahrscheinlich schon manchen Freund oder sogar Partner vergrault, indem sie alles, was nach Erfolg und Selbstanerkennung ausschaut, gleich wieder zunichtemachen, und genauso verärgern sie irgendwann den Therapeuten.

Selbstliebe ist kein Geschenk, sondern eine Praxis, zu der wir uns selbst, gerade in schwierigen Momenten „einladen“ müssen. Selbstliebe, uns selbst anerkennen, uns selbst annehmen (unser inneres Kind nicht wegschicken), uns selbst vertrauen lernen … Selbstliebe, vielleicht doch ein Geschenk – an uns selbst. Das können wir, also Sie lernen. Auch an der Liebe zu andern, mit denen wir es vielleicht schwer haben. Denn mit uns haben wir es ja offenbar auch schwer.

Interessanterweise können wir an unserer Selbstliebe arbeiten, wenn wir die Liebe zu anderen Menschen ausbauen. Man kann jeden Menschen lieben, sofern man ihm nicht unterworfen ist (als Sklave, Gefangener, Opfer). Wenn es um Mitmenschen oder speziell Patienten geht, ist die Liebe eine Frage der Haltung und der Übung und der Zeit – man kann es spirituell angehen (das Göttliche in jedem sehen und davon ausgehen), aber auch ganz pragmatisch, und d.h. bei Patienten für mich: erstmal die Akte lesen bzw. sich in die Lebensgeschichte vertiefen. Vom Patienten erwarte ich zumindest auf Dauer, dass er genauso nachsichtig und liebevoll auf sich schaut wie ich.

Aber was ist überhaupt Liebe? Vielleicht ein mehr oder weniger romantischer Begriff für das, was die Psychologie ansonsten Bindung nennt. Oder eine Haltung gegenüber bestimmten Lebewesen. Ein Gefühl? Zu den Grundgefühlen gehört sie bei den wenigsten Psychologen, schon allein, weil Grundgefühle wie Angst, Wut und Trauer irgendwie einfach sind, Liebe dagegen komplex.

Ob es sich um echte Gefühle handelt, mache ich davon abhängig, ob sie uns verraten, wie es um Bedürfnisse steht. So verrät uns Angst, dass es um unser Bedürfnis nach Sicherheit (in einer speziellen Hinsicht) schlecht bestellt ist, oder Trauer, dass etwas verloren ging, was wir gebraucht haben. Wenn wir Liebe probehalber als Gefühl verstehen wollen, dann würde sie uns verraten, wie es um unsere Beziehung zu jemand und unsere Bedürfnisse in dieser Beziehung steht. Eine solche Sichtweise könnte auch die verschiedenen Arten und Intensitäten von Liebe abdecken: erfüllte oder unerfüllte Liebe, einseitige oder gegenseitige Liebe. Aber „bedingungslose Liebe“.

An anderer Stelle in diesem Buch habe ich mich zur bedingungslosen Liebe zum Leben geäußert. Sie beruht auf einer inneren Haltung und ist insofern vielleicht verwandt mit der bedingungslosen Liebe zu anderen Menschen: Wir können auf der Grundlage einer religiösen, humanistischen oder buddhistischen Haltung prinzipiell mit jedem Menschen eine Ebene finden, auf der wir ihn (sie) bedingungslos lieben.

Sicher, ausgerechnet unsere sog. Allerliebsten lieben wir in der Regel nicht bedingungslos, sondern mit Erwartungen. Es gibt aber durchaus die Möglichkeit, bedingungslos zu lieben. Schauen wir dafür auf vier Formen oder Stufen der Liebe:

1. *Die spirituelle Liebe* bezieht sich auf den göttlichen Kern eines jeden Menschen. Es ist eine Frage der Haltung – und Übung: Prinzipiell kann ich jeden Menschen auf diese Weise lieben, auch wenn ich ihn gleichzeitig auf anderer Ebene sehr schwierig finde oder ablehne (z.B. Gewalttäter). Wenn wir diese Liebe entdecken, ist es vielleicht keine Erleuchtung, aber eine Erlösung, denn wir können uns in der Menschheit zu Hause fühlen – trotz allem, was passiert.

2. *Die empathische Liebe* fühlt sich in den anderen Menschen hinein und erlebt sein Gewordensein durch die Geschichte, versteht gefühlsmäßig den Leidensweg und erkennt, dass er oder sie sein Bestes gibt. Solche Liebe aus Mitgefühl ist in der Therapie geläufig, auch bei Patienten untereinander, also nicht nur Therapeuten möglich und sie folgt der Devise: „Verstehen kannst Du einen Menschen, wenn Du ein Stück in seinen Schuhen gehst."

Diese beiden Formen der Liebe sind bedingungslos. Wir geben sie aus freien Stücken. Und den meisten Patientinnen und Patienten sollten sie auch in Form von Selbstliebe möglich sein. Zum einen den eigenen göttlichen Kern sehen, der immer heil und liebenswert bleibt, auf den das Buddha-Wort zutrifft: „Auch wenn Du auf der ganzen Welt suchst, Du wirst niemand finden, der mehr Liebe verdient hätte als Du." Zum andern, und m.E. erstreckt sich die Bedeutung des Buddha-Worts auch darauf, sich in Selbstmitgefühl verneigen vor der eigenen Geschichte und sehen, dass wir uns bemüht haben.

3. *Die sympathische Liebe* bezieht sich auf Zuneigung zu bestimmten Menschen, die gewisse Merkmale aufweisen, wodurch sie unsere Liebe aktivieren. Verschwinden diese Merkmale oder überwiegen andere, verschwindet auch die Liebe.

4. *Die exklusive Liebe* entsteht aus Verliebtheit und zielt meist (aber nicht zwingend) auf exklusive Bindung. Sie erscheint bisweilen besonders „irrational": dort wo z.B. eine magische Anziehung und eine Abhängigkeit bestehen, obwohl bestimmte Bedingungen (wie grundlegende Gemeinsamkeiten oder Seelenverwandtschaft) nicht erfüllt sind.

Diese beiden Formen der Liebe sind an Bedingungen gebunden: Wir wollen etwas vom geliebten anderen, haben Erwartungen, riskieren in der Beziehung etwas, zumindest nehmen wir bewusst oder unbewusst Enttäuschungen in Kauf. Diese Formen der Liebe sind nicht bedingungslos, aber darum nicht

weniger wert – auch aus spiritueller Sicht nicht. Erfolgreiche Therapie beinhaltet, dass Sie sich mehr und mehr auch auf die Risiken dieser Formen von Liebe einlassen. Das geht nur, wenn Sie sich selbst bedingungslos lieben – und nicht ihren Wert, wie ein kleines Kind, davon abhängig machen, dass sie „ihn“ oder „sie“ haben können.

Möglich, dass solche Liebe auch in intimen Partnerschaften existiert: dass sich exklusive Partner bedingungslos lieben und in Liebe treu zueinanderstehen, egal was sich der andere „leistet“. Psychologisch scheint dies allerdings fragwürdig, d.h. zu fragen wäre, ob dabei nicht eher eine Form von Abhängigkeit und Selbstverleugnung vorliegt, wenn der Partner sich wirklich „ungestraft“ alles erlauben kann. Bekanntlich liebt auch manches Opfer seinen Täter, nur würden wir in der Therapie voraussetzen, dass sich der Patient aus solchen Beziehungen löst.

Jedenfalls zeugt das Adjektiv „bedingungslos“ in einem solchen Zusammenhang nicht zwingend von einem idealen Zustand, eher im Gegenteil, wir dürfen Bindungsprobleme unterstellen, seien es Bindungsängste oder Bindungszwänge: Schwierigkeiten, echte Bindungen überhaupt einzugehen, oder die Unfähigkeit, Bindungen, die schwer gestört sind, aufzulösen.

Ich würde hier und in vielen anderen Fällen als Therapeut immer die Frage stellen: „Können Sie sich denn selbst bedingungslos lieben?!“ Wenn das nicht gegeben ist, dann taugt auch die bedingungslose Liebe zu anderen nicht viel. Noch nicht. Falls ich es vergessen habe zu erwähnen: Wenn Patienten sagen „Das kann ich nicht …“ korrigiert der Therapeut: „Noch nicht!“ Die Frage ist also dann weniger, ob sie es schon so richtig können oder ob sie es lernen wollen. Denn Therapie ist ein Lernprozess, auch in der bedingungslosen Liebe zum Leben, zu uns selbst und zu anderen Menschen.

Ich wünsche Ihnen viel Glück!

Literatur

Folgende Bücher werden in meinem Text erwähnt oder sind aus anderen Gründen empfehlenswert und gehören zur Grundlage meines Therapieverständnisses.

Brené Brown: Die Gaben der Unvollkommenheit. Las los, was Du glaubst, sein zu müssen und umarme, was Du bist, jkamphausen, Bielefeld 2015

John Bradshaw: Familiengeheimnisse. Warum es sich lohnt, ihnen auf die Spur zu kommen, Goldmann, München 2014

John Bradshaw: Das Kind in uns. Wie finde ich zu mir selbst, Knaur, München 2018

Jorge Bucay: Komm, ich erzähl Dir eine Geschichte, Fischer TB, Frankfurt 2008

Dami Charf: Auch alte Wunden können heilen. Wie Verletzungen aus der Kindheit unser Leben bestimmen und wir dennoch Frieden in uns selbst finden können, Kösel, München 2018

Pema Chödrön: Wenn alles zusammenbricht. Hilfestellung für schwierige Zeiten, Goldmann, München 2001

Daniel Hell: Lob der Scham. Nur wer sich achtet, kann sich schämen, Herder, Freiburg 2019

Gabriele Kahn: Das Innere-Kinder-Retten. Sanfte Traumaverarbeitung bei Komplextraumatisierung, Psychosozial Verlag, Gießen 2010

Verena Kast: Vom Sinn der Angst. Wie Ängste sich festsetzen und wie sie sich verwandeln lassen, Herder, Freiburg 2021 (1996)

Peter Levine (mit Ann Frederick): Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers. Unsere Fähigkeit, traumatische Erfahrungen zu transformieren, Synthesis, Essen 1998

Alice Miller: Am Anfang war Erziehung, Suhrkamp, Frankfurt 1983

Alice Miller: Das Drama des begabten Kindes (und die Suche nach dem wahren Selbst), Suhrkamp, Frankfurt 1983

Marshall B. Rosenberg: Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens, Junfermann, Paderborn 2016

Geneen Roth: Essen als Ersatz. Wie man den Teufelskreis durchbricht (1989), rororo, Reinbek bei Hamburg 2005

Arist von Schlippe/Jochen Schweitzer: Systemische Interventionen, utb Profile, Frankfurt a.M. 2019

Thich Nhat Hanh: Das Wunder der Achtsamkeit (1975), arkana, München 2024

Paul Watzlawick: Anleitung zum Unglücklichsein, Piper, München 1983

Samuel Widmer: Ins Herz der Dinge lauschen. Vom Erwachen der Liebe, Nachtschatten Verlag, Solothurn 2013

Irvin D. Yalom: Die Schopenhauer-Kur, (Roman über Gruppentherapie), btb, Gütersloh 2006

Irvin D. Yalom: Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie, btb, Gütersloh 2005

There is a Hole in My Sidewalk: Autobiographie in fünf Kapiteln

1
Ich gehe eine Straße entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich falle hinein.
Ich bin verloren … Ich bin ohne Hoffnung.
Es ist nicht meine Schuld.
Es dauert endlos lange, wieder herauszukommen.

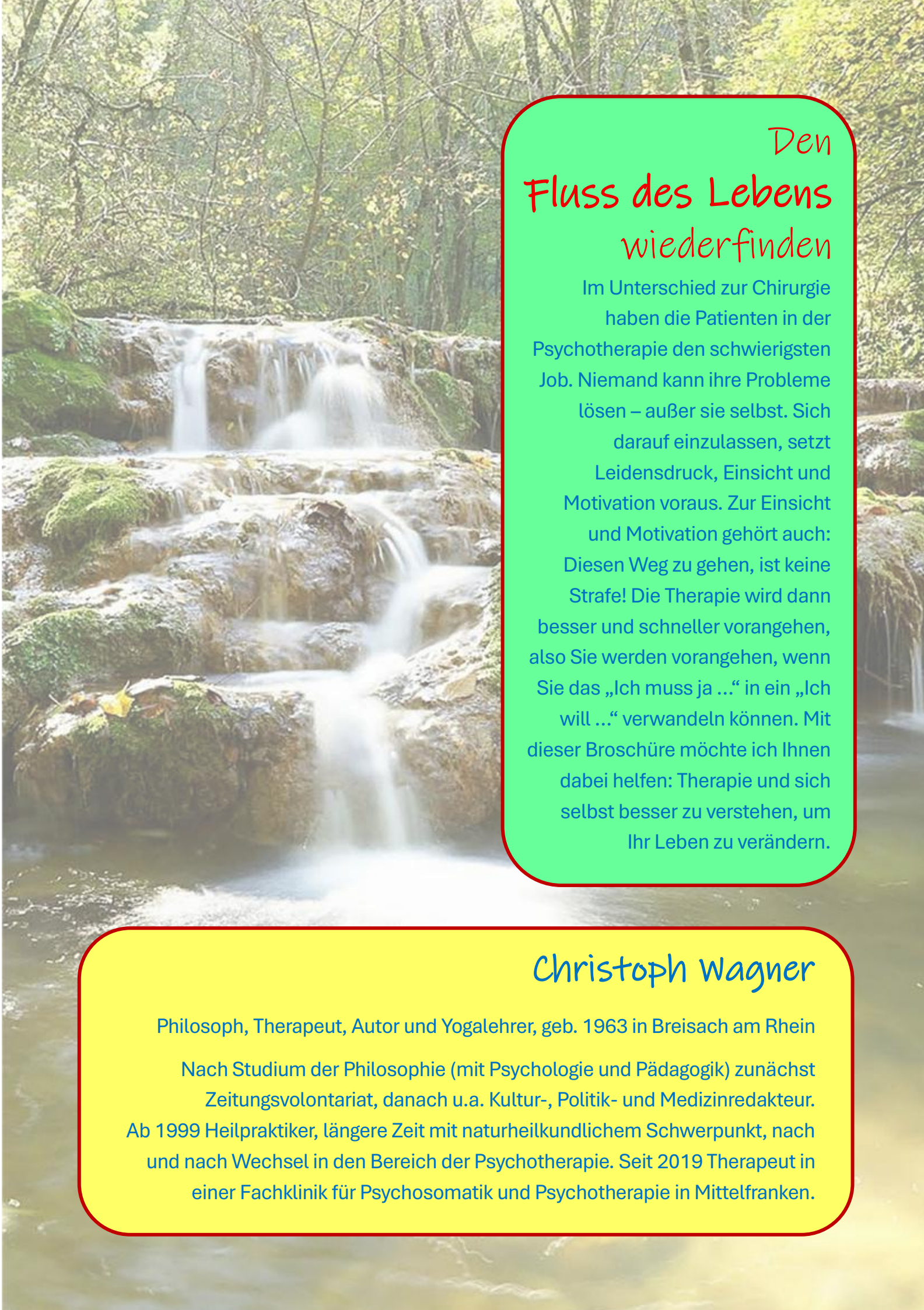
2
Ich gehe dieselbe Straße entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich tue so, als sähe ich es nicht.
Ich falle wieder hinein.
Ich kann nicht glauben, schon wieder am gleichen Ort zu sein.
Aber es ist nicht meine Schuld.
Immer noch dauert es sehr lange, herauszukommen.

3
Ich gehe dieselbe Straße entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich sehe es.
Ich falle immer noch hinein … aus Gewohnheit.
Meine Augen sind offen.
Ich weiß, wo ich bin.
Es ist meine eigene Schuld.
Ich komme sofort wieder heraus.

4
Ich gehe dieselbe Straße entlang.
Da ist ein tiefes Loch im Gehsteig.
Ich gehe darum herum.

5
Ich gehe eine andere Straße.

Das Gedicht, vermutlich anonymen Ursprungs, wurde sowohl der Sängerin Portia Nelson als auch dem tibetisch-buddhistischen Lehrer Sogyal Rinpoche zugeschrieben, die es bekannt(er) gemacht haben.



Den Fluss des Lebens wiederfinden

Im Unterschied zur Chirurgie haben die Patienten in der Psychotherapie den schwierigsten Job. Niemand kann ihre Probleme lösen – außer sie selbst. Sich darauf einzulassen, setzt Leidensdruck, Einsicht und Motivation voraus. Zur Einsicht und Motivation gehört auch: Diesen Weg zu gehen, ist keine Strafe! Die Therapie wird dann besser und schneller vorangehen, also Sie werden vorangehen, wenn Sie das „Ich muss ja …“ in ein „Ich will …“ verwandeln können. Mit dieser Broschüre möchte ich Ihnen dabei helfen: Therapie und sich selbst besser zu verstehen, um Ihr Leben zu verändern.

Christoph Wagner

Philosoph, Therapeut, Autor und Yogalehrer, geb. 1963 in Breisach am Rhein

Nach Studium der Philosophie (mit Psychologie und Pädagogik) zunächst Zeitungsvolontariat, danach u.a. Kultur-, Politik- und Medizinredakteur. Ab 1999 Heilpraktiker, längere Zeit mit naturheilkundlichem Schwerpunkt, nach und nach Wechsel in den Bereich der Psychotherapie. Seit 2019 Therapeut in einer Fachklinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Mittelfranken.