

Barbara Rabaioli-Fischer

Gefühle aus der Kindheit

Die Bearbeitung der Lebensgeschichte in der Psychotherapie – transaktionale Verhaltenstherapie

Emotions deriving from traumatic childhood experiences

Handling problematic life stories with the aid of psychotherapeutic techniques – the trans-
actional behaviour therapy

Der Grundentwurf, der ich bin, entscheidet absolut über die Bedeutung, die für mich und für die Anderen die Vergangenheit haben kann, die ich zu sein habe. Ich allein kann nämlich in jedem Augenblick über die T r a g w e i t e der Vergangenheit entscheiden: nicht, indem ich in jedem Falle die Wichtigkeit dieses oder jenes früheren Ereignisses erörtere, erwäge, beurteile, sondern indem ich mich auf meine Ziele hin entwerfe, nehme ich die Vergangenheit mit mir und e n t s c h e i d e durch das Handeln über ihre Bedeutung.

(Jean-Paul Sartre)

Zusammenfassung

Mit der transaktionalen Verhaltenstherapie stehen psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung, die eine emotionale Bearbeitung von lebensgeschichtlich problematischen Erfahrungen, die Patienten geschadet haben und zu psychischen Problemen führen, ermöglichen. Diese Verfahren sind „altbewährt“ und noch heute besonders fruchtbar für Patienten mit einer Reihe von lebensgeschichtlich schwierigen Erfahrungen, z.B. Patienten mit einer PTSD Typ 2. Im folgenden Artikel sollen diese der Leserin und dem Leser vorgestellt und durch praktische Beispiele ergänzt werden.

Schlüsselwörter

Elternbriefe – Elterndialog – Emotionale Konditionierung – Lebensgeschichte – Lebensskript – Skriptanalyse – Spiele

Summary

The transactional behaviour therapy provides psychotherapeutic techniques which give our patients an opportunity to handle emotional, problematic experiences in their life story. These kinds of techniques are „well-tried“, and especially patients who have suffered several problematic experiences in their biography can considerably profit from them, for example patients suffering from PTSD Type 2. The following article shall serve to introduce these techniques to the reader, and in addition will cite concrete examples.

Keywords

letters to the parents – dialogue with the parents – emotional conditioning – biography – script of life – script analysis – games

■ Einführung

Die Wichtigkeit der Bearbeitung der Lebensgeschichte in der Psychotherapie ist unbestritten. So beschreibt Damasio (2002), wie sich die Erfahrungen im Kernselbst schrittweise in der Kindheit und Jugend entwickelten und wie diese Aufzeichnungen als neuronale Muster gespeichert, durch die psychotherapeutische Arbeit reaktiviert und in implizite Vorstellungen verwandelt werden. In der Psychotherapie können diese inneren, impliziten Vorstellungen, die bei unseren Patienten oft außerordentlich schmerzhaft sind, durch neue

Erfahrungen mit Hilfe emotional aktivierender Behandlungsmaßnahmen partiell geändert werden. Dies bedeutet für uns als Psychotherapeuten, dass die schmerzhaften Erlebnisse relativiert und für die Patienten im Sinne der Resilienz integrierbar werden. Das heißt, unsere Patienten können dadurch trotz problematischer Erfahrungen im Lebenslauf gesunden. Des Weiteren können Vorstellungen über sich selbst, die Welt und ihre Zukunft (im Sinne von Beck, 1999) in adäquate Schemata gebracht werden. Permanente Kernselbstaufzeichnungen oder, wie wir sie in der Psychologie nennen, „Sche-

mata“, können geändert werden, und unsere Patienten haben die Möglichkeit eines für sie jeweils individuell passenden Umgangs in ihrem aktuellen Lebensabschnitt, ohne dass frühe Erfahrungen und frühe Gefühle, die ja oft schmerzhaft oder in anderer Art und Weise traumatisch sind, ihr aktuelles Leben weiter beeinträchtigen.

Auch die Forschungsergebnisse der Neuropsychologie (LeDoux, 1998) lehren uns, Ereignisse, die von besonderer emotionaler Valenz waren (diese können auch durchaus positiv und kraftgebend sein), besser erinnert werden und sich in den sogenannten Blitzlichterinnerungen (Flashbacks) reaktivieren. Für schmerzhaft erinnerte Erfahrungen aus der Kindheit heißt dies, dass sie auch im Erwachsenenalter noch wirksam sind, und dies in einer Art und Weise, die an einer Weiterentwicklung des Selbst hindern können. Wir können diese jedoch durch erlebnisaktivierende Verfahren reaktivieren, bearbeiten und somit verändern. Bereits in der autobiographischen Erzählung (siehe auch Kühnlein, 2002) erleben wir, welche subjektiven Identitätskonstruktionen unsere Patienten für sich geschaffen haben, und wir erhalten Hinweise auf Deutungs- und Bewertungsmuster, die geprägt sind von der jeweils individuellen Lebensgeschichte. Um Störungen und Belastungen unserer Patienten zu verstehen, benötigen wir also auf jeden Fall genaue Hinweise, welche lerngeschichtlichen Erfahrungen die Entwicklung und Persönlichkeit unserer Patienten im Lauf des Lebens geprägt haben, so dass wir aktuelle Problemverhaltensweisen und insbesondere sogenannte Persönlichkeitsstörungen besser erfassen können. Diese Schemata werden nach Grawe, Donati und Bernauer (1994) beschrieben als „aus dem Verhalten, den Gefühlen und den Kognitionen erschließbar“. Schemata entwickeln sich als organisierte Einheit zur psychischen Regulation und sind aufgrund der frühen Lernerfahrungen zwischen Kindheit und Jugend geformt worden. Unseren Patienten gelingt es jedoch nicht, diese in einer hilfreichen Art und Weise zu reaktivieren und elaborieren, um neue, aktuelle Erfahrungen im Hier und Jetzt besser einordnen zu können (Grawe et al., 1994). Dies ist vor allem dann unmittelbar nachvollziehbar, wenn wir uns vor Augen führen, wie blitzschnell und handlungsweisend Interaktionsläufe und Kognitionen sind und wie wenig bewusst sie oft aktiviert werden, und wir wissen außerdem, wie sehr schnell entsprechende physiologische Reaktionen und Gefühle dazu handlungsprägend sind.

Diese Tatsache wird auch beschrieben unter dem psychologischen Begriff der „emotionalen Konditionierung“, der uns verdeutlicht, dass Menschen später mit nicht angemessenen Gefühlen aus der Kindheit reagieren, wenn sie zum Beispiel immer wieder erlebt haben, dass sie von den Eltern abgewertet oder missachtet wurden. Im Erwachsenenalter kann dies bedeuten, dass sie bereits auf harmlose oder auf keinen Fall selbstwertbedrohliche Kritik mit Gefühlen von Scham, Schuld oder Minderwertigkeitsgefühlen reagieren. Im Schemakonzept von Young (1990) werden diese von ihm in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen als klassische, frühe, nichtadaptive Schemata beschrieben, die zu nichtadaptiven Verhaltensmustern und später beim Erwachsenen zu einer Inflexibilität im Verhalten führen sowie zu tief verankerten selbstwertbedrohlichen Vorstellungen, die durch die selek-

tive Wahrnehmung (eben beeinflusst von diesen Schemata) unseren Patienten nicht ermöglichen, neue Erfahrungen zu machen und Situationen im Sinne von „richtig“ deuten zu können oder zu interpretieren. Wenn wir uns die klassische Definition der Begriffe ansehen, so ist dies unabhängig von Young (1990), der Fehlverhaltensweisen bzw. pathologische Interaktionsmuster beschreibt, unmittelbar einsichtig. So lautet z.B. die klassische Definition kognitiver Prozesse nach Neisser (1980): „... all diejenigen Prozesse, durch die der sensorische Input umgesetzt, reduziert, weiterverarbeitet, gespeichert, wiederhervorgeholt und schließlich benutzt wird. Dazu gehören: Wahrnehmungen, Behalten, Erinnerungen, Problemlösen und Denken als hypothetische Stadien oder Aspekte der Kognition.“

Mit den klassischen Lerntheorien konnte belegt werden, dass Einstellungen und begleitende Gefühlsreaktionen in der Kindheit und Jugend über Konditionierungsprozesse (eben besonders auch schmerzhaft klassische Konditionierungen von Gefühlen wie Schuld, Scham, Angst) durch Modelllernen sowie durch Kommunizieren (hier wird der Assimilationseffekt angesprochen) gelernt werden. Einige Beispiele für die frühen, durch lebensgeschichtliche Erfahrung geprägten, nichtadaptiven Schemata nach Young (1994) sind:

- Verlassenheit
- Emotionale Entbehrung
- „Grandiosität“/Besonderssein
- Unzulänglichkeit/Scham
- Unterwerfung
- Unerbittliche Standards
- Misstrauen/Missbrauch
- Selbstaufopferung
- Soziale Isolation
- Abhängigkeit/Dependenz
- Anfälligkeit für Schädigung oder Krankheit
- Verstrickung
- Versagen
- Ungenügende Selbstkontrolle
- Streben nach Anerkennung
- Negativität/Pessimismus
- Emotionale Gehemmtheit
- Strafnähe

Betrachten wir nun die Interventionsprinzipien von Young, Weishaar und Klosko (2003) in der Schematherapie, können wir in der Transaktionsanalyse, wie sie von Berne (1957) entwickelt wurde, die Ursprünge entdecken. So rekurriert Young offensichtlich auf die von Berne (1957) entwickelte Transaktionsanalyse und deren, wie Berne es nannte, „Ichzustände“, die von Young et al. (2003) als aktivierte Modi beschrieben werden. Uns scheint es deswegen sinnvoll, die Transaktionsanalyse direkt in verhaltenstherapeutische Interventionen zu integrieren, da wir hier die ganz basalen, ursprünglichen Verfahrensweisen einbauen können, ohne die Grundregeln der jeweiligen Therapierichtung, nämlich empirisch gesichertes, auf Verhaltensbeobachtung bauendes und nicht interpretiertes Vorgehen, als Hauptprinzip zu verlassen.

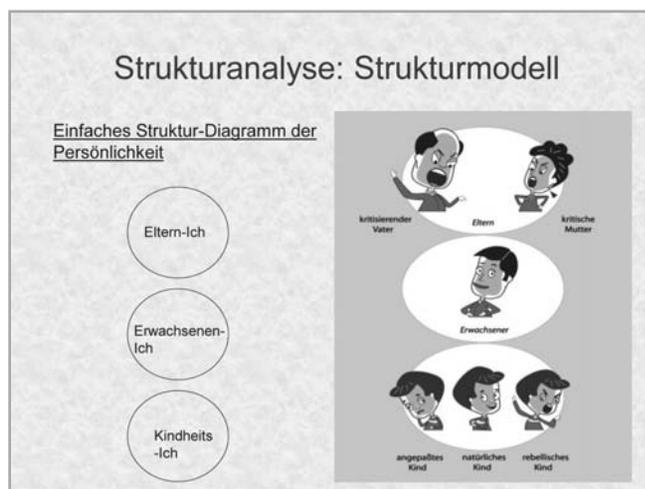
■ Die Leitlinien der Transaktionsanalyse

Die Transaktionsanalyse von Eric Berne (1957) beruht auf 3 Säulen:

- der Strukturanalyse
- der Spiele und Spielanalyse
- der Skriptanalyse

Die Strukturanalyse

In der Strukturanalyse werden die sogenannten aktivierten Ich-Strukturen, aus denen heraus ein Patient interagiert, betrachtet. Berne sieht entsprechend seiner Herkunft aus der Psychoanalyse drei mögliche aktivierte Ich-Strukturen. Diese sind das **Eltern-Ich**, das **Erwachsenen-Ich** und das **Kindheits-Ich**, wie im Strukturdiagramm abgebildet.



Nach Berne (1957) sind im Eltern-Ich die in der Kindheit und Jugendzeit internalisierten Anteile, Gebote, Vorstellungen und konditionierten Reaktionsweisen, die durch die Eltern vermittelt wurden, repräsentiert. Das Erwachsenen-Ich beschreibt Berne als unseren rational-funktionierenden Persönlichkeitsanteil, d.h., das ist die Person, die sachlich und ohne emotionale Beeinflussung Informationen in Interaktionen aufnimmt, verarbeitet und sich in einer gesunden Art und Weise führen kann. Als Kindheits-Ich beschreibt Berne all jene Interaktionsmodi, die wir adäquat bei unseren Patienten z.B. in unbefangenen, fröhlichen Interaktionen reaktivieren können. Wenn Erwachsene beispielsweise miteinander in der Freizeit Vergnügen und Freude haben können, reagieren sie mit gesunden, kindlichen Anteilen. Unsere Patienten können jedoch aufgrund problematischer Kindheitserfahrungen inadäquat in der Kindheitsstruktur reagieren, sich rebellisch, trotzig und in Interaktionen überangepasst und hilflos zeigen. Sie bleiben im Kind-Ich unflexibel. Dadurch bekommen sie Probleme. Genauer gesagt heißt dies, dass sie nicht in der Lage sind, in den Alltagssituationen im Erwachsenenleben aufgrund fehlender gesund internalisierter Sozialisationsmuster zu reagieren. Ein hilfloses Kind in der Therapie lässt sich beispielsweise entdecken in all jenen Interaktionen, die von uns Therapeuten und Therapeutinnen Beschützen, Unterstützen und kritische Zurückweisung erfordern würden.

Diese Wünsche an den Interaktionspartner werden nicht lediglich in der Therapie aktiviert, sondern eben auch in

Interaktionen im Berufsleben, bei Freunden, im gesamten sozialen Netz, in der Partnerschaft und oft gegenüber dem eigenen Kind. Diese führen so im Sinne der sich selbst erfüllenden Prophezeiung zur Bestätigung von Unsicherheit und Hilflosigkeit und verstärken Ängste und andere Anteile der selbstunsicheren Persönlichkeit.

Für fatale Eltern-Interaktionen können folgende Verhaltensmuster gelten:

- Besserwisserei
- Demotivieren
- Angst machen
- Beschämen
- Verachtung zeigen
- Alleinlassen

Auch diese Muster zeigen sich in der direkten therapeutischen Interaktion in vivo, wenn Patienten in solch fatalen Eltern-Interaktionen verharren, diese im Alltag nicht entsprechend ablegen können und immer wieder reaktivieren. Dies führt langfristig zu Leidensdruck, da sie entsprechende problematische Gegenreaktionen durch ihre Interaktionspartner erfahren, wie:

- Besserwisserei kann zu Ablehnung führen
- Demotivieren kann zu Resignation führen
- Angstmachen kann zu übersteigerten Ängsten führen
- Beschämen kann zu Schamgefühlen und massiven Selbstwertkonflikten führen
- Verachtung kann zu Hass führen
- Alleingelassenwerden kann zu Ängsten oder zum Beispiel Kontrollversuchen des anderen führen.

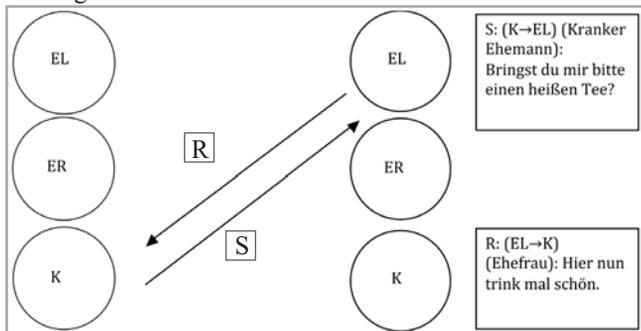
Die Transaktionsanalyse

Im nächsten Schritt der Transaktionsanalyse wird versucht, den Ablauf von Beziehungsgeschehen zwischen Personen danach zu erfassen, welcher der oben beschriebenen Ich-Zustände gerade aktiviert ist. Für Beziehungs- bzw. Interaktionsgeschehen verwenden Transaktionsanalytiker den Begriff der Transaktion. „Transaktion besteht aus einem Reiz (S – Stimulus) und einer Reaktion (R – Response) zwischen zwei bestimmten Ich-Zuständen der Interaktionspartner. In einer Transaktion kann jede Kombination der Ich-Zustände vorkommen“ (Steiner, 1982). Die Art der Reaktion (R – Response) wiederum bestimmt, ob sich die Transaktion fortsetzt. Sie ist dann eben wieder der Reiz (S – Stimulus) für eine neue Reaktion. Die Analyse der Transaktionen und gegebenenfalls deren Veränderungen ist eines der Kernelemente der therapeutischen Arbeit. Rogoll (1976) beschreibt die möglichen Transaktionsmuster folgendermaßen: 1. einfache (komplementäre) 2. gekreuzte und 3. gedeckte Transaktionen.

Die einfache Transaktion muss also zwei Kriterien erfüllen:

- a) Die Reaktion kommt von dem Ich-Zustand, an den der Stimulus gerichtet ist.
- b) Die Reaktion ist an den Ich-Zustand gerichtet, von dem der Stimulus ausgeht.

Ein Beispiel für eine einfache Transaktion gibt folgende Abbildung: Einfache Transaktion



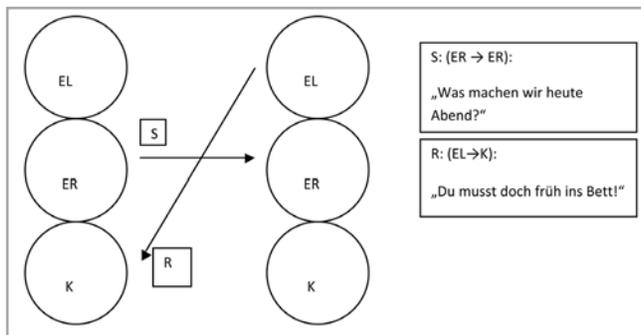
Einfache Transaktionen können zwischen jedem beliebigen Ich-Zustandspaar ablaufen, zum Beispiel:

- S: (ER – ER) „Wie spät ist es?“
- R: (ER – ER) „Fünf Uhr.“

Solange die Kriterien für einfache Transaktionen in einer zwischenmenschlichen Beziehung erfüllt bleiben, kann diese unendlich lange fort dauern. Das beinhaltet die erste Kommunikationsregel.

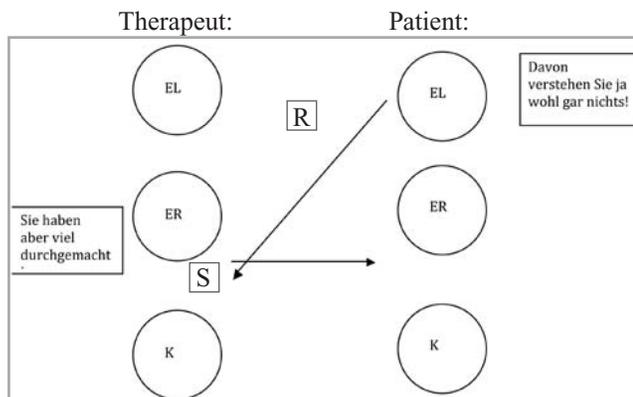
Eine gekreuzte Transaktion liegt vor, wenn eine Reaktion nicht aus dem Ich-Zustand kommt, an den der Stimulus gerichtet war. In dem graphisch dargestellten Beispiel wird deutlich, dass die reibungslose Kommunikation unterbrochen ist und die Beziehung dadurch gestört wird. „Dieser Typ von Transaktion ist die häufigste Ursache für Kummer und für Verdruss in persönlichen, beruflichen und politischen Beziehungen“ (Rogoll, 1976).

Abbildung: Beispiel für eine gekreuzte Transaktion



Versetzen wir uns bei den gegebenen Beispielen in die Lage des Stimulierenden, so verspüren wir bei den Antworten des Partners eine Art Überraschungseffekt, etwas Unerwartetes ist eingetreten. Wir sind verdrutzt. Eben das will die zweite Kommunikationsregel sagen: Sobald die Transaktion gekreuzt verläuft, führt das zu einem (manchmal nur vorübergehenden) Zusammenbruch der Beziehung, und es erfolgt eine massive Irritation, ein Unwohlsein. Im therapeutischen Gespräch kann eine solche inadäquate Transaktion wie folgt abgelaufen sein:

Abbildung 7: Problematische Transaktion im Therapiegeschehen



Erleben wir dieses Gefühl des Unwohlseins bzw. die Irritation bei der Kommunikation in der Therapie, hilft es uns, Folgendes zu tun (Rogoll, 1976):

Informieren Sie sich über den Ich-Zustand Ihres Gegenübers und über Ihren eigenen.

Welchen Ich-Zustand spricht er in Ihnen an, in welchem fühlen Sie sich angesprochen?

Passen die Ich-Zustände zusammen?

Wenn nicht, warum antworten Sie aus einem anderen Ich-Zustand?

Was sind Ihre Bedürfnisse im Hier und Jetzt?

Haben Sie dies Ihr Gegenüber wissen lassen? Wie?

Können Sie ihm erklären, dass Sie lieber auf einer anderen Ebene (= mit einem anderen Ich-Zustand) verkehren möchten? Diese Fragen können zu einer Klärung der Beziehungsstörung – zusammen mit dem Patienten – führen und vielleicht schon dazu, dass der Patient eine Idee hat, wodurch diese inadäquate Transaktion entstanden ist.

Das heißt also, dass wir durch die Analyse der Transaktionen – oder eben des Beziehungsgeschehens – zu erfahren versuchen, welcher der Ich-Zustände adäquat bzw. inadäquat aktiviert ist (Rabaioli-Fischer, 2002).

■ Spiele und die Spielanalyse

Bestimmten Formen von Transaktionen geben die Transaktionsanalytiker die Bezeichnung „Spiele“. Bernes Buch „Spiele der Erwachsenen“ (1967) wurde zur Zeit des Erscheinens ein Bestseller, und der beschriebene Ansatz fand Eingang in die Arbeit von Kollegen aus den verschiedensten Arbeitsbereichen, so z.B. der Organisationspsychologie. Dies liegt sicher daran, dass sich durch die alltagssprachliche Darstellbarkeit des Ansatzes in der Arbeit mit Laien diese Form der Analyse von Kommunikationssituationen hervorragend eignet. Als „Spiel“ wird definiert: „Eine Reihe von Transaktionen, die darin gipfeln, dass mindestens einer der Spieler sich schlecht fühlt oder auch auf irgendeine Art und Weise verletzt ist“ (Goulding & Goulding, 1981). Rautenberg und Rogoll (1980) geben eine andere Definition für „Spiele“, die deutlich macht, weshalb wir in der Therapie Zeit für die Analyse der Spiele brauchen. Das sogenannte Psychospiel beschreiben sie als „die immer gleiche Abfolge von verdeckten Transaktionen, bei

denen aus den offenkundigen Äußerungen nicht ohne Weiteres ersichtlich ist, worauf der Spieler insgeheim aus ist – insofern steckt in dem Spielablauf auch immer etwas Schräges, ein bisweilen schwer fassbarer Moment der Unaufrichtigkeit, die in vorhersehbarem Gang auf einen genau definierten Nutzeffekt zuläuft, welcher aus ungunsten, in Abwertung begründeten Gefühlen besteht“.

Psychospiele stellen früh in der Kindheit gelerntes Verhalten dar. Sie haben dadurch auch die oft schon unheimlich anmutende Automatik in den Handlungsabläufen. Ein Therapiebeispiel ist folgendes Spiel mit dem Titel „Mach mir Vorwürfe“: Eine Patientin zeigt in unterschiedlichen Therapiesituationen immer wieder ein Verhalten, was den Transaktionspartner (Therapeut) dazu führt, dass er ihr Vorwürfe macht und unsere Patientin sich prompt wieder unwohl fühlen muss. Sie vergisst wichtige Absprachen (etwa die Krankenkassenchipkarte, während der Sitzung das Handy abzuschalten) oder kommt wiederholt zu spät zum Termin, was die Freude des Wartenden auf die Patientin verringert.

Ein anderes bei der Psychotherapie häufig beobachtbares „Spiel“ ist das „Ja, aber“-Spiel. Hier schafft es der Patient, bei den anderen ein Gefühl der Ohnmacht oder des Ärgers zu erzeugen und sich selbst in der hilflosen Rolle zu halten, so dass bei beiden Kommunikationspartnern eine ungute Stimmung bis zur Aggression erzeugt wird. Eine typische Gesprächssequenz wäre etwa so:

Patientin: Ich kann mich in der Arbeit gar nicht wohl fühlen.

Antwort: Sie sind doch sehr kompetent und werden von vielen Kollegen geschätzt.

Patientin: Ja, aber der Chef hat neulich gemeint, ich mache manchmal Fehler.

Antwort: Es ist doch normal, manchmal Fehler zu machen.

Patientin: Ja, aber nicht bei den Kunden, mit denen ich arbeite.

Antwort: Trotzdem meine ich, ist es doch selbstverständlich, dass weiter Fehler passieren können. Sind Sie da nicht zu streng?

Patientin: Vielleicht bin ich schon zu streng, aber irgendwie streng muss man ja auch sein sonst werde ich so lässig wie andere Kollegen ...

Innerhalb einer Gruppentherapiesitzung kann dieses Spiel dazu führen, dass eine unerträgliche Spannung im ganzen Raum entsteht und die Stimmung dahin umkippt, dass die Patientin tatsächlich von allen Seiten angegriffen wird, wodurch sie sich erneut darin bestätigt sieht, dass sie etwas falsch macht. Somit erhält sie wiederum Nahrung für erneute Zweifel = „Ja, aber!“ (Rabaioli-Fischer, 2002).

■ Die Skriptanalyse

Berne (1957) bezeichnet einen fortlaufenden, festgelegten Lebensplan, der sich unter starkem elterlichen Einfluss in der Kindheit herausgebildet hat, als „Skript“. Dieser unbewusste Lebensplan bzw. fixierte Lebensentwurf bildet sich bis ins Schulalter und zur Adoleszenz aus. In dieser Zeit macht sich das Kind durch Erfahrungen mit den Eltern und anderen wichtigen Bezugspersonen sowie seiner Peergroup ein Bild

- von sich selbst
- von den anderen
- von der Welt und dem Leben als Ganzem
- darüber, wie sein Leben verlaufen wird

Bei unseren Patienten ist problematisch, dass sie an diesem Lebensentwurf festhalten, auch wenn weitere Erfahrungen eine Erweiterung oder Änderung ihres Skripts erfordern würden. Schwierig wird dies bei einer Häufung schädigender Skriptinhalte. Diese, im Sprachgebrauch der Transaktionsanalytiker „Einschärfungen“ (Goulding, 1981) betitelt, sind direkt vergleichbar mit den nicht adaptiven Schemata von Young (1990). Typische problematische Einschärfungen, die zu pathologischen Transaktionen im späteren Erwachsenenalter und zu psychischen Störungen führen, sind folgende (Rabaioli-Fischer, 2004):

- *Nicht!*
- *Sei nicht!*
- *Lass dich nicht ein!*
- *Sei nicht wichtig!*
- *Sei kein Kind!*
- *Werde nicht erwachsen!*
- *„Schaff's nicht!*
- *Sei nicht du!*
- *Sei nicht normal!*
- *Sei nicht gesund!*
- *Gehör nicht dazu!*

Nicht! Hier sind Einschärfungen von Eltern gemeint, die ihrem Kind alles verbieten, überfürsorglich sind und normalste expansive Bedürfnisse des Kindes aus permanenter eigener Angst abblocken. Dies führt dazu, dass das Kind als Erwachsener unsicher bleibt und ständig bei anderen nachfragen muss, was es tun und was es nicht tun soll. Dies führt bei Entscheidungen im späteren Leben zu großen Schwierigkeiten.

Sei nicht! Diese Einschärfungen vermitteln dem Kind ein Grundgefühl von Überflüssigkeit. Dies kann verbal oder nonverbal ausgedrückt werden. Ein typischer Elternsatz kann sein „Wenn du nicht wärst, sähe unser Leben besser aus.“

Lass dich nicht ein! Hier sind elterliche Verhaltensweisen gemeint, die beim Kind ein Grundgefühl von Angst vor Nähe erzeugen. Diese entsteht durch mangelnden Körperkontakt, ständige Abgrenzung seitens der Eltern oder das Erleben des plötzlichen Verlusts eines Elternteils durch Tod oder Scheidung. Hier entscheidet das Kind dann, dass es besser ist, sich nicht näher einzulassen, als den Schmerz des Verlustes noch mal zu erleben.

Sei nicht wichtig! Dieser typische Elternsatz führt dazu, dass Patienten sich später unwichtig fühlen, er lautet z.B.: „Kinder soll man sehen, aber nicht hören.“ Häufig kann ein solches Grundgefühl bei Kindern entstehen, deren Eltern Schicht arbeiten und tagsüber schlafen müssen oder die sich durch eigene narzisstische Wünsche von dem Kind gestört fühlen. Sie verbieten dem Kind, sich ihnen zu nähern oder lautere, spontane, lebendigere, unbefangene Gefühlsäußerungen, weil sie damit eben „nerven“.

Sei kein Kind! Hier sind elterliche Erziehungshaltungen gemeint, die dem Kind ständig vermitteln, dass unbefan-

genes, albernes Verhalten inadäquat ist. Eltern, die aus Angst vor solchen unbefangenen Impulsen ihr Kind immer wieder ermahnen, eine „kleine erwachsene Dame oder Herr“ zu sein, und sehr früh damit anfangen, an Vernunft zu appellieren und dadurch viel zu früh das kindlich Unbefangene unterdrücken, erzeugen ein solches Grundgefühl. Dadurch verinnerlicht das Kind, dass Fröhlichkeit, Albernheit, Ausgelassenheit schlecht sind, und entscheidet sich zu frühreifem, angepasstem Verhalten. *Werde nicht erwachsen!* Hier wird genau das Gegenteil zu obiger Einschärfung von den Eltern vermittelt, oft aus Verlustängsten, dem Wissen, dass Kinder irgendwann gehen. Solch ein Satz kann lauten: „Du bleibst immer mein Kleiner, du bist halt ewig mein liebes Mädchen.“

Schaff's nicht! Kinder, deren Eltern sich durch den Erfolg der Kinder bedroht fühlen oder die ihre Kinder permanent unterschätzen, vermitteln die Grundeinstellung des „Schaff's nicht!“ Dies kann auch durch übertriebene ständige Kritik vermittelt werden, so wie zum Beispiel: „Du bist ja überall gut in der Schule, aber im Berufsleben, da läuft's dann anders!“ Und ähnliche destruktive Sätze, die beim Patienten einen Skriptenwurf entstehen lassen, dass egal, wie er sich auch anstrengt, es nichts werden wird. Dies ist ein klassisches Verliererskript. *Sei nicht du!* Bei diesem Skript wird durch elterliche Einschärfungen völlig verhindert, dass Patienten ein mit sich und ihrer Identität stimmiges Selbstkonzept entwickeln können. Goulding (1981) gibt als klassisches Beispiel dafür Kinder an, die das „falsche“ Geschlecht haben. Eine Mutter kommt mit der Männlichkeit ihres Sohnes nicht zurecht und versucht, ihn deswegen zu verweiblichen. Dies kann auch dadurch geschehen, dass permanente Beschimpfungen auf Männer das Kind so erschüttern, dass es die „Männlichkeit“ in sich grundsätzlich ablehnt.

Sei nicht gesund und sei nicht normal! Dies sind Einschärfungen von Eltern, die es sozusagen gut finden, wenn ihr Kind krank ist oder sich bizarr verhält. Sie erzeugen ein Verhalten, was von der Umgebung tatsächlich als unnormal und krank erlebt werden muss. Oft treiben diese Eltern ihre Verwandtschaft und Freunde an, das Kind für sein originelles, aber tatsächlich inadäquates, ungesundes Verhalten zu verstärken. „Toll, was er/sie alles für Faxen macht!“

Gehöre nicht dazu! Hier wird an Einschärfungen von Eltern gedacht, die z.B. im interkulturellen Zusammenhang aufwachsen und ihren Kindern ständig vermitteln, dass sie dort, wo sie aufwachsen, nicht wirklich hingehören. Dies können Patienten sein, die erlebt haben, dass die Eltern aus beruflichen Gründen, zum Beispiel als europäische Beamte, in ein anderes Land gehen müssen und die Umgebung und die Lebenssituation dort ständig so abwerten. Das Kind verinnerlicht, dass es am falschen Platz ist, kennt jedoch keine Alternative für den richtigen Platz. Später wiederholt es dies an anderen Orten, so dass es ihm wieder nicht gelingt, sich in eine Gruppe zu integrieren. Das Bemühen und die Fähigkeiten für eine Integration wurden nie vermittelt, nie erlernt, sondern abgewertet.

■ Die Antreiber

Als Antreiber werden erzieherisch gemeinte elterliche Aufforderungen bezeichnet, die einem Kind bestimmte Verhaltensweisen unter strenger Vorgabe vorschreiben. Wie der Begriff Antreiber bereits andeutet, sind diese besonders unter Stress wirksam und erzeugen wiederum massiven inneren Stress, weil die Ziele dieser sogenannten Befehle unerreichbar sind. Typische Antreiber sind (Rabaioli-Fischer, 2002):

- „Sei stark!“

interner Glaube: „Niemand darf merken, dass ich schwach, empfindlich, ratlos bin.“

- „Streng dich an!“

interner Glaube: „ich muss mich wenigstens bemühen, auch wenn ich es nicht schaffe.“

- „Sei perfekt!“

interner Glaube: „Ich müsste eigentlich alles noch besser machen, ich bin nicht gut genug.“

- „Beeil dich!“

interner Glaube: „Ich müsste eigentlich fixer sein, ich werde nie fertig.“

Um die internalisierten Antreiber von Patienten zu erfassen, liegt uns der „Antreibertest“ von Dietrich (o.J.) vor. Der Text ist so gut aufbereitet und konzipiert, dass er den Patienten auch als Handwerkszeug zur Eigenanalyse und zur Selbsthilfe mitgegeben werden kann und hier wiedergegeben werden soll.

■ Therapeutisches Vorgehen in der transaktionalen Verhaltenstherapie

Nach der Analyse der typischen problematischen Transaktionen, dazugehörigen Skriptbotschaften und der dramatischen, traumatischen oder schmerzhaften Szenen im Lebenslauf ist das Therapierational in der transaktionalen Verhaltenstherapie, dass wir dem Patienten dazu verhelfen, schädigende Teile seines Lebensskripts zu ändern und die sogenannten Neuentscheidungen zu treffen. Dies ist vergleichbar mit den Interventionen der Schemaänderung bei Young (1994). Wir benutzen erlebnisaktivierende Verfahren, die im Folgenden vorgestellt werden, um schmerzhaftes Erinnerungen aus der Kindheit zu verändern, die sich immer noch problematisch auswirken, da sie die Wahrnehmung für das aktuelle Leben und den Selbstwert im Patienten nicht entstehen lassen. Um die Informationen und Skriptanalyse für die Patienten greifbar zu machen, eignet sich insbesondere das kognitive Fallkonzept von Judith Beck (1999), mit dem die folgenden Daten tabellarisch erfasst werden.

Relevante Kindheitsdaten

Welche Erfahrungen trugen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Grundannahmen bei?

Grundannahme/n

Was ist die Kernannahme des Patienten über sich selbst?

Regeln/Axiome/Einstellungen

Welches positive Axiom half ihm, mit der Grundannahme zurechtzukommen? Was ist die negative Seite dieses Axioms?

Kompensatorische Strategie/n

Welche Verhaltensweisen haben ihm geholfen, mit der Grundannahme zurechtzukommen? (weiter auf Seite 95)

Der Antreiber-Test

Bewerten Sie bitte möglichst spontan die folgenden Aussagen mittels einer Skala (1-5) im Hinblick darauf, wie Sie sich in Ihrem Berufsleben zurzeit selbst sehen. Kreuzen Sie den entsprechenden Zahlenwert im entsprechenden Kästchen an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten!

Die Zahlen bedeuten:

5 = trifft auf mich absolut zu

4 = trifft auf mich häufig zu

3 = trifft auf mich gelegentlich zu

2 = trifft auf mich selten zu

1 = trifft auf mich überhaupt nicht zu.

	1	2	3	4	5
01 Wann immer ich eine Arbeit übernehme, erledige ich sie gründlich	<input type="checkbox"/>				
02 Ich fühle mich verantwortlich, dass diejenigen, die mit mir zu tun haben, sich wohl fühlen.	<input type="checkbox"/>				
03 Ich bin ständig auf Trab.	<input type="checkbox"/>				
04 Anderen gegenüber zeige ich meine Schwächen nicht gerne.	<input type="checkbox"/>				
05 Wenn ich raste, roste ich.	<input type="checkbox"/>				
06 Häufig gebrauche ich den Satz: „Das ist schwer zu sagen...“	<input type="checkbox"/>				
07 Ich sage oft mehr, als eigentlich nötig wäre.	<input type="checkbox"/>				
08 Ich habe Mühe, Leute zu akzeptieren, die nicht genau sind.	<input type="checkbox"/>				
09 Es fällt mir schwer, Gefühle zu zeigen.	<input type="checkbox"/>				
10 Nur nicht lockerlassen ist eine meiner Devisen.	<input type="checkbox"/>				
11 Wenn ich eine Meinung äußere, dann begründe ich sie auch.	<input type="checkbox"/>				
12 Wenn ich einen Wunsch habe, dann erfülle ich ihn mir schnell.	<input type="checkbox"/>				
13 Ich liefere einen Bericht erst ab, wenn ich ihm mehrfach überprüft habe.	<input type="checkbox"/>				
14 Leute, die „herumtrödeln“, regen mich auf.	<input type="checkbox"/>				
15 Es ist für mich wichtig, von anderen akzeptiert zu werden.	<input type="checkbox"/>				
16 Ich habe eher eine harte Schale, aber einen weichen Kern.	<input type="checkbox"/>				
17 Ich versuche oft herauszufinden, was andere von mir erwarten, um mich dann danach zu richten.	<input type="checkbox"/>				
18 Leute, die einfach unbekümmert in den Tag hineinleben, kann ich nur schwer verstehen.	<input type="checkbox"/>				
19 Bei Diskussionen unterbreche ich die anderen oft.	<input type="checkbox"/>				
20 Ich löse meine Probleme selber.	<input type="checkbox"/>				
21 Aufgaben erledige ich möglichst rasch.	<input type="checkbox"/>				
22 Im Umgang mit anderen bin ich immer auf Distanz bedacht.	<input type="checkbox"/>				
23 Ich sollte viele Aufgaben noch besser erledigen.	<input type="checkbox"/>				
24 Ich kümmere mich auch um nebensächliche Dinge stets persönlich.	<input type="checkbox"/>				
25 Erfolge fallen nicht vom Himmel; ich muss sie hart erarbeiten.	<input type="checkbox"/>				
26 Für „dumme Fehler“ habe ich wenig Verständnis.	<input type="checkbox"/>				
27 Ich schätze es, wenn andere auf meine Fragen kurz und bündig antworten.	<input type="checkbox"/>				
28 Es ist mir wichtig, von anderen zu erfahren, ob ich meine Sache gut gemacht habe.	<input type="checkbox"/>				
29 Wenn ich eine Aufgabe mal begonnen habe, dann führe ich sie auch zu Ende.	<input type="checkbox"/>				
30 Ich stelle meine Wünsche und Bedürfnisse zu Gunsten derjenigen anderer Personen zurück.	<input type="checkbox"/>				
31 Ich bin anderen gegenüber oft hart, um von ihnen nicht verletzt zu werden.	<input type="checkbox"/>				
32 Ich trommle oft ungeduldig mit den Fingern auf den Tisch.	<input type="checkbox"/>				
33 Beim Erklären von Sachverhalten verwende ich gerne die klare Aufzählung „erstens ..., zweitens ..., drittens ...“	<input type="checkbox"/>				
34 Ich glaube, dass die meisten Dinge nicht so einfach sind, wie viele meinen.	<input type="checkbox"/>				
35 Es ist mir unangenehm, andere Menschen zu kritisieren.	<input type="checkbox"/>				
36 Bei Diskussionen nicke ich häufig mit dem Kopf.	<input type="checkbox"/>				
37 Ich strenge mich an, um meine Ziele zu erreichen.	<input type="checkbox"/>				
38 Mein Gesichtsausdruck ist eher ernst.	<input type="checkbox"/>				
39 Ich bin nervös.	<input type="checkbox"/>				
40 So schnell kann mich nichts erschüttern.	<input type="checkbox"/>				
41 Meine Probleme gehen die anderen nichts an.	<input type="checkbox"/>				
42 Ich sage oft: „Macht mal vorwärts!“	<input type="checkbox"/>				
43 Ich sage oft: „Genau ..., exakt ..., klar ..., sowieso ...“	<input type="checkbox"/>				
44 Ich sage oft: „Ich verstehe das nicht.“	<input type="checkbox"/>				
45 Ich sage eher: „Könnten Sie es nicht einmal versuchen?“ als „Versuchen Sie es einmal!“	<input type="checkbox"/>				
46 Ich bin diplomatisch.	<input type="checkbox"/>				
47 Ich versuche, die an mich gestellten Erwartungen zu übertreffen.	<input type="checkbox"/>				
48 Beim Telefonieren bearbeite ich oft nebenher noch Unterlagen.	<input type="checkbox"/>				
49 „Auf die Zähne beißen“ heißt eine meiner Devisen.	<input type="checkbox"/>				
50 Trotz enormer Anstrengung will mir vieles einfach nicht gelingen.	<input type="checkbox"/>				

Auswertung

Bitte tragen Sie die Punkte der einzelnen Fragen in die nachfolgende Tabelle ein. Die Nummern in den einzelnen Feldern beziehen sich auf die Nummern der Fragen im „Antreiber-Test“.

Sei perfekt!	01	08	11	13	23	24	33	38	43	47	Gesamt
Beeil' dich!	03	12	14	19	21	27	32	39	42	48	Gesamt
Streng dich an!	05	06	10	18	25	29	34	37	44	50	Gesamt
Sei (anderen) gefällig!	02	07	15	17	28	30	35	36	45	46	Gesamt
Sei stark!	04	09	16	20	22	26	31	40	41	49	Gesamt

Graphische Darstellung:

Wenn Sie möchten, können Sie in der nachfolgenden Tabelle Ihr Ergebnis des „Antreiber-Tests“ visualisieren. Zeichnen Sie einfach zu jedem „Antreiber“ eine Linie, deren Länge der jeweiligen Gesamtpunktzahl des Tests entspricht.

	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50
Sei perfekt!										
Beeil' dich! (Mach schnell!)										
Streng dich an! (Arbeite hart!)										
Sei (anderen) gefällig! (Mach's anderen recht!)										
Sei stark! (Zeige keine Gefühle!)										

Anmerkung:

Wenn bei einem Antreiber der Skalenwert von 40 überstiegen wird, darf mit großer Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass es sich dabei um den „Primärantrieber“ handelt und dass dieser bei einem Gespräch schon nach kurzer Zeit klar beobachtet werden kann.

Selbstreflexion: Antreiber-Test

1. Welche Situationen sind heute typisch für das Auftauchen meines Antreiberverhaltens?
2. Wo/Wann gab es solche Situationen in meiner Kindheit?
3. Welche Bedingungen haben in meiner Kindheit dazu beigetragen, dass ich dieses Verhalten besonders gut lernen konnte?
4. Was könnte der Grund dafür sein, dass es ausgerechnet dieser Antreiber ist?
5. Welche Personen aus meiner Herkunftsfamilie spielen dabei eine wichtige Rolle?
6. Was ist heute mein Gewinn/Vorteil, den ich durch dieses Verhalten habe?
7. Was kostet es mich?

Sinn und Ziel dieser Strukturierung der Informationen im kognitiven Fallkonzept ist für uns zum einen, im Therapieverlauf einen schnellen Blick im Therapieverlauf auf die wesentlichen Skriptinhalte zu haben, zum anderen, den Patienten selbst zur Mitarbeit anzuregen und transparent zu machen, wann er sich ertappt, dass er sich in den von Young (1994) „Lifetraps“ (Lebensfallen) genannten alten Schemata bewegt, anstatt im aktuellen Kontext zu bleiben.

Die Therapie soll dazu führen, dass Patientin und Patient in die Lage kommen, schädigende Teile ihres Lebensskripts zu ändern und Neu-Entscheidungen zu treffen (in der Verhaltenstherapie nennen wir das Schema-Änderung).

Somit ist das Therapierational in der Transaktionsanalyse: Schmerzhaftes Erinnerungen aus der Kindheit, die sehr emotional sind, wirken sich bis ins Erwachsenenalter aus. Sie können durch erlebnisaktivierende Verfahren reaktiviert, bearbeitet und verändert werden

■ Die Lebenslaufkurve

Als Basisinstrument in der Therapie zur Erfassung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen und zum Auffinden problematischer Szenen, die zur Entwicklung von schädigenden Skriptinhalten geführt haben, eignet sich die Lebenslaufkurve. In der unten dargestellten Graphik sehen Sie ein Beispiel für die optische Darstellungsmöglichkeit der Lebenslaufkurve.

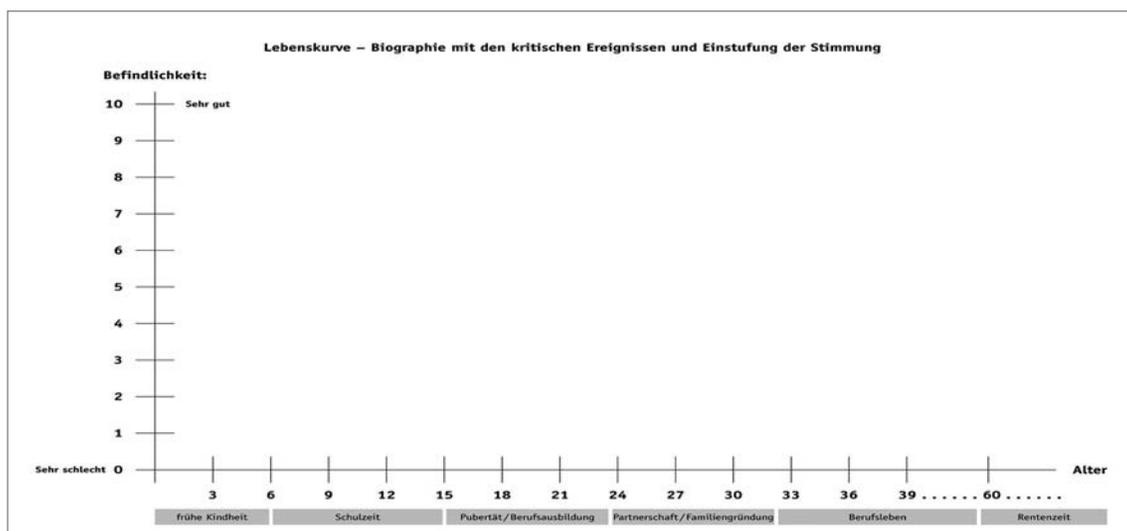
Die Vorlage wird dem Patienten mitgegeben, so dass er sich zu Hause Zeit nehmen kann für die Erstellung dieser Kurve. Bei Patienten, die sich sehr stark im Kindheitsmodus befinden oder eine große Zahl schädigender Ereignisse erlebt haben, kann es unter Umständen günstiger sein, die Lebenslaufkurve in der Therapiesitzung erstellen zu lassen. Die Arbeit mit den Lebenslaufkurven zielt als Erstes darauf ab, dass die Patienten durch die Einordnung der Ereignisse zu bestimmten Jahren die Möglichkeit haben, ein Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1997) zu entwickeln.

Die Arbeit mit den Lebenslaufkurven (Rabaioli-Fischer, 2002) ermöglicht, zusätzlich bildlich einen schnellen Überblick über die gesamte Lebenszeit zu erhalten. Besonders spannend ist für beide, welche Ereignisse zu welchen Befindlichkeiten oder welcher Gesamtstimmung führen. In der Psychotherapie ist dabei wesentlich, mit zu erfassen, wie die Gestaltung durch den Patienten vorgenommen wird, mit welchen Kommentaren der Patient seine Kurve erläutert, welche eigenen Ideen er dazu schon hat und welche Konsequenzen er aus der Darstellung zieht. Sowohl dem Patienten als auch dem Therapeuten bleibt es überlassen, welche Beschriftungen er übernehmen möchte. Eine mögliche Variante ist die, dass Patienten in den jeweiligen Zeiten von Krankheitsepisoden die dazugehörigen Lebensereignisse eintragen. Die meisten Informationen sind jedoch erfahrungsgemäß dadurch zu erreichen, dass dem Patienten möglichst wenige Vorgaben gegeben werden und er seine eigenen Gestaltungsfähigkeiten nützen kann.

Darstellungsformen wie die Lebenslaufkurven haben den Vorteil, dass Sie sehr schnell die erwünschte Information strukturiert erhalten und Sie diese Kurven im gesamten Verlauf der Behandlung verwenden können. Sehr spannend ist, ob sich unsere Patienten in der Zukunft eher eine Bewegung nach oben vorstellen oder eine Weiterbewegung nach unten, was ja eine Verschlechterung der Situation bedeutet und die Prognose des Therapieverlaufs verschlechtert (Grawe, 1994). In diesem Fall sollten wir den Patienten bald in der Entwicklung einer positiven Perspektive unterstützen.

■ Arbeit mit Videos, Film und Tonbandaufzeichnungen

In der Therapie ist es besonders hilfreich, wenn wir vom Patienten mitgebrachte Videos, Film- und Tonbandaufzeichnungen aus Kindheit und Jugendzeit zur Bearbeitung problematischer Geschehnisse nutzen können. Diese sind intensiv erlebnisaktivierend und ermöglichen uns als Therapeuten, trotz der Subjektivität und Interpretation, mit denen wir diese Aufzeichnungen betrachten, einen intensiven Einblick in die schädigenden



Erfahrungen. Durch die in den letzten Jahren vereinfachten Anwendungsmöglichkeit von Ton- und Bildmedien haben wir immer wieder die Möglichkeit, solche Originaldokumente, wie zum Beispiel Film- und Videoaufnahmen unserer Patienten aus ihrer Kindheit und Jugendzeit, mit ihnen zusammen zu betrachten. Nach meiner Erfahrung eignen sich Tondokumente besser als Filme, da sie die Emotionen mehr von innen her entstehen lassen, als dies bei Videos und Filmen der Fall ist. Hier entstehen mehr Projektionen bei den Patienten und Therapeuten während der Betrachtung dieser Dokumente, als wenn wir uns auf das gesprochene Wort, den Tonfall, die vermittelten Botschaften, wie dies bei den Kassetten der Fall ist, konzentrieren können. Die Fragen, die wir standardmäßig bei der Bearbeitung dieser Ton- und Filmdokumente stellen, sind die gleichen wie bei den anderen Originaldokumenten (Rabaioli-Fischer, 2002).

■ Arbeit mit Tagebüchern

Viele unserer Patienten haben in ihrer Kind- und Jugendzeit versucht, sich über schriftliche Aufzeichnungen ihren Schmerz von der Seele zu schreiben. Betrachten wir die Studien von Pennebaker (1990), ist das Schreiben- und Beschreibenlassen bereits eine therapeutische Intervention. Patienten können sich über den Ausdruck ihrer Gefühle in ihren schriftlichen Dokumenten helfen, schmerzhaft Erfahrungen zu strukturieren, zu integrieren und zu verarbeiten. Ähnlich wie Thomas Mann das Schreiben eines Tagebuchs als „das Herz rein waschen“ bezeichnet hat. Bei der Bearbeitung von Tagebuchnotizen und Szenen aus den Tagebüchern ist unabdingbar, dass wir als Therapeuten zusammen mit den Patienten die wesentlichen Szenen auswählen. Dem Patienten wird als Hausaufgabe aufgegeben, dass er/sie die elementar wichtigen Seiten markiert, so dass eine Struktur in der Therapie erhalten bleibt, die sich entlang den markanten Schemata bzw. Skripteinschärfungen bewegt. Als mögliche Fragen sind die folgenden vorgesehen (Rabaioli-Fischer, 2004):

1. Wie bringt und stellt der Patient diese Aufzeichnung vor?
2. Welche äußere Form haben diese Tagebücher?
3. Welche Abschnitte und Szenen findet der Patient selbst besonders wichtig? Es ist oft nicht möglich, alle Notizen durchzuschauen. Als Leitlinie kann deswegen gelten, dass wir unsere Patienten darum bitten, selbst zu bestimmen, welche Szenen sie in der Therapie bearbeiten möchten. Die Auswahl durch die Patienten ist auch deswegen sinnvoll, da sie am besten beim Wiederlesen spüren, wann sie gefühlsmäßig mehr bewegt sind, und manchmal auch schon, wodurch.

Die nächsten Fragen richten sich an uns Therapeuten und lauten:

4. Welche Gefühle, Empfindungen, Wahrnehmungen steigen in uns selbst auf, wenn wir uns mit diesen Notizen beschäftigen?
5. Welche Grundeinstellungen und andere klinisch relevante Informationen entdecken wir in diesen Notizen?
6. Welche Ideen entstehen beim Bearbeiten der Notizen

für therapeutische Behandlungsmöglichkeiten, welche Schlüsselszenen und Bilder/Metaphern finden wir, die wir bei Imaginationsübungen oder bei Übungen in der Dialogarbeit zur Restrukturierung der Kindheitserinnerungen verwenden können?

■ Arbeit mit Fotos

Für die Bearbeitung von Fotos mit unseren Patienten eignet sich die Arbeitsvorlage von Wagner-Link (1997). Sie gibt folgende Bearbeitungshinweise vor:

Betrachten Sie Fotos aus der Kindheit. Achten Sie besonders auf den körperlichen und gefühlsmäßigen Kontakt zwischen Ihnen, Ihren Eltern und evtl. Ihren Geschwistern auf den Bildern. Studieren Sie Ihr Gesicht: Ist es frei und glücklich oder bedrückt? Welche Gefühle und Erinnerungen werden wach? Wenn Sie dann die Augen schließen, können Sie vielleicht einige Botschaften aus Ihrer Kindheit hören oder fühlen? Teilen Sie ein, welche Gebote und Verbote sich ergeben.

Meine Botschaften	Verbote	Gebote
Tu (nicht)...		
Sei (nicht)...		
Du bist (nicht)...		
Du kannst (nicht)...		
Wir sind (nicht)...		

Reflektieren Sie dann deren Wirkung auf Ihr heutiges Leben. Nehmen Sie in Ihrer Vorstellung die positiven Botschaften mit auf Ihren weiteren Weg, und werfen Sie die negativen in einem Sack verschnürt ins Meer!

Die Fragen sind im Arbeitsblatt so schön vorformuliert, dass sie von den Patienten auch zu Hause allein vorbereitet werden können. Die andere Möglichkeit ist, dass wir Patienten dazu anregen, Fotos aus der Kindheit in markanten Entwicklungsschritten wie frühe Kindheit, Schulzeit, Pubertät und frühes Erwachsenenalter mitzubringen, so dass die Patienten in der Gegenüberstellung in der Zweistuhlarbeit in den Dialog mit sich selbst zur jeweiligen Lebensphase gehen. Zum anderen können wir unsere Patienten dazu anregen, dass sie Fotos ihrer Eltern (eventuell auch aus den markanten entwicklungspsychologischen Phasen) mitbringen und die emotionale Reaktivierung der frühen Gefühle unterstützen, wenn wir die Fotos für die Zweistuhlarbeit im Elterndialog verwenden.

■ Der Elterndialog

Die Zweistuhlarbeit des Elterndialogs (Berne, 1957) ist sicher nicht zufällig in sehr vielen Verfahren der humanistischen Psychologie vertreten und wird inzwischen auch in der Verhaltenstherapie verwendet. Als einführende Fragen empfehlen wir folgende (Rabaioli-Fischer, 2000):

Wahl (Vater oder Mutter):

- „Was empfinde ich jetzt, wenn ich dir begegne?“
- „Was ich häufig spüre, wenn ich dir begegne ...“
- „Ähnliche Gefühle wie bei dir habe ich häufig bei ...“
- „Ich wünsche mir heute die Beziehung zu dir folgendermaßen ...“
- „Dazu muss ich mich wie ... verändern?“

Berne wehrt sich **explizit gegen ein Reparenting**. Seiner Meinung nach ist wichtig, dass wir als Therapeuten beachten, dass wir keine „bessere Mutter oder besserer Vater“ für unsere Patienten sein können. Wir können sie lediglich empathisch und therapeutisch begleiten und die Patienten darin unterstützen, dass sie ihr jeweils neues, **eigenes** Elternbild eines fürsorglichen Vaters und einer fürsorglichen Mutter aufbauen. Dies unterscheidet den Ansatz der transaktionalen Verhaltenstherapie von der Arbeit, wie Young (1990) sie vornimmt.

■ Die Ziele der Dialogarbeit sind:

- dass gelernt wird, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse gegenüber den Eltern direkt zu kommunizieren, d. h., *practicando* eine neue, zu verinnerlichende Elternhaltung gegenüber dem eigenen inneren Kind zu entwickeln
- dass sich der Patient stark durch die direkte Begegnung mit den internalisierten Elternfiguren und die Überwindung der Angst vor diesen erlebt
- dass schmerzhaft Erfahrungen (frustrierte, verletzte, gekränkte oder geschändete Kindheitswünsche und Sehnsüchte) durch Rollenwechsel intensiv wiedererlebt und verändert werden
- dass Verständnis für die Elternposition aufgebaut wird
- dass das Verhalten durch Veränderung der Ich-Zustände von Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich und Kind-Ich flexibler gestaltet wird
- dass Neuentscheidungen durch Wiederbelebung alter Gefühle und Erlernen neuer Verhaltensmuster gefördert werden
- dass achtsamerer Umgang mit sich in jedem ego-state erlernt wird
- dass eine bessere Bewältigung des Alltags erfolgen kann durch:
 - adäquate Einschätzung der Rolle des Kindes
 - richtig entscheiden, welche Situationen in der Alltagskommunikation (z. B. mit Partner, Kind, Kollegen) ein starkes Erwachsenen-Ich oder ein fürsorglich-achtsames Eltern-Ich erfordern
- dass ein sozial kompetenteres Verhalten aufgebaut wird
- dass passives, resignatives Verhalten abgebaut wird

■ Die Elternbriefe

Welche Autorin/welcher Autor ursprünglich die Anregung gegeben hat, Briefe an die Eltern schreiben zu lassen, um emotional aktivierend die Verarbeitung der schmerzlichen früheren Erfahrungen bearbeiten zu können, ist nicht mehr nachvollziehbar. In den humanistischen Verfahren der Gestalttherapie und Transaktionsanalyse sind solche Vorschläge seit

den 1970er Jahren bekannt. Verhaltenstherapeuten empfehlen Elternbriefe in den letzten Jahren ebenfalls (siehe auch: Pennebaker, 1990; Beck, 1999; Rabaioli-Fischer, 1999).

Vielleicht können wir einfach davon ausgehen, dass diese Anregung so naheliegt, dass sie sich deswegen weit verbreitet und gerade in den letzten Jahren der Annäherung der verschiedenen Therapieverfahren aneinander auch von der Verhaltenstherapie übernommen wurde.

Ein wunderschönes literarisches Beispiel für einen Elternbrief hat uns Franz Kafka mit seinem „Brief an den Vater“ hinterlassen. Auch viele andere Schriftsteller haben literarische Beispiele für ihre Auseinandersetzung mit den Eltern, der Kindheit und der Verarbeitung dieser Ereignisse mit ihren Biographien und Romanen gegeben. Ich empfehle, Patienten dazu anzuregen, solche Werke zur Hand zu nehmen. Dies lässt sie sich selbst dann als sehr „normal“ empfinden und gibt ihnen oft noch zusätzliche Ideen zur eigenen Biographie und deren Verarbeitung.

Die Behandlungstechnik der Elternbriefe kann viele Gefühle aus der Kindheit unmittelbar auslösen, reaktiviert Kindheits-szenen und Wahrnehmungen, führt somit zur Bearbeitung und zur Restrukturierungsmöglichkeit für die Patienten.

Zur praktischen Vorgehensweise bei der Reaktivierung dieser frühen Gefühle hat sich folgendes Vorgehen als konstruktiv herauskristallisiert:

Die Briefe sind nicht zum Abschicken gedacht. Sie helfen dem Patienten außerdem dadurch, dass Sie ihn darauf aufmerksam machen, dass er sich für das Verfassen genügend Freiraum verschafft, dabei nicht gestört wird, sich nicht länger als nötig damit befasst und damit schon beim Schreiben auf seine Gefühle achtet. Als Zeitvorgabe hat sich eine halbe Stunde bewährt. Der Patient sollte nach dem Schreiben abschalten können, damit er nicht emotional überaktiviert bleibt. Es ist gut, wenn Sie ihm Vorschläge machen, wie er sich danach entspannen kann.

Geben Sie dem Patienten eine offene Anregung ohne viele Vorgaben für den Brief an die Eltern und fragen Sie dann, wie der Patient damit umgehen kann. Haben Sie und der Patient den Eindruck, dass er noch einige Ideen zu diesem Elternbrief braucht, haben wir die Beantwortung folgender Punkte für die Patienten als Vorschlag vorbereitet (Rabaioli-Fischer, 1999):

Elternbrief

1. Was ich Dir immer noch übel nehme.
2. Was ich Dir immer noch danke.
3. Was Du mir schuldig geblieben bist.
4. Was ich Dir schuldig geblieben bin.
5. Was ich Dir verzeihe.
6. Was Du mir verzeihen solltest.

Geben Sie Ihren Patienten die notwendige Zeit für die Erstellung des Elternbriefes. Dies ist im Verlauf der Therapie für unsere Patienten kein einfacher Schritt. Manche brauchen einige Wochen, bis sie sich in der Lage dazu fühlen, und sollen diese Zeit auch bekommen. *Nirgends ist es fataler, den Fehler zu machen, Patienten zu bedrängen, als bei den emotional aktivierenden Verfahren.*

Beobachten Sie als Therapeut Folgendes:

An welchen Elternteil schreibt er den ersten Brief?

Mit welchen verbalen Kommentaren wird der Brief in die entsprechende Sitzung eingeführt? Was finden die Patienten dabei wesentlich? Was sind die ersten Gefühle, Empfindungen, Gedanken, die bei der Präsentation der Briefe genannt werden? Achten Sie weiter auf die Schrift (ohne sich in kühne graphologische Interpretationen zu begeben), und beachten Sie, wie Pennebaker (1990) bereits angeregt hat, Schriftveränderungen, Schriftgröße, die Flüssigkeit/Bewegung in der Schrift, plötzliche Schrift-/Textänderungen, Unterstreichungen und eventuelle Schreibfehler. Beachten Sie des Weiteren, inwiefern eine distanzierte, eher bürokratisch formale Sprache verwendet wird und inwieweit der Elternteil sehr persönlich angesprochen wird.

Als Letztes ermitteln Sie, welche Abschiedsgrüße geschrieben wurden, wenn es eine persönliche Anrede gab und ob ein Datum benutzt wurde. Fragen Sie immer zuerst Ihre Patienten, bevor Sie selbst versuchen, dies einer Deutung zuzuführen. Lassen Sie Ihre Patienten entscheiden, ob sie Ihnen diesen Brief geben wollen, ob sie ihn selbst laut vorlesen wollen, ob sie dies in direkter Rede oder im direkten Dialog machen möchten. Manche Patienten wünschen sich, dass Sie als Therapeut diesen vorlesen, damit sie noch einmal die Möglichkeit haben, den Brief anzuhören und dabei in sich hineinzuspüren. Als besonders schöne literarische Vorlage soll hier ein Teil des Briefes von Franz Kafka dienen:

Franz Kafka – Brief an den Vater (1975)

Liebster Vater,

Du hast mich letzthin einmal gefragt, warum ich behaupte, ich hätte Furcht vor Dir. Ich wusste Dir, wie gewöhnlich, nichts zu antworten, zum Teil eben aus der Furcht, die ich vor Dir habe, zum Teil deshalb, weil zur Begründung dieser Furcht zu viele Einzelheiten gehören, als dass ich sie im Reden halbwegs zusammenhalten könnte. Und wenn ich hier versuche, Dir schriftlich zu antworten, so wird es doch nur sehr unvollständig sein, weil auch im Schreiben die Furcht und Ihre Folgen mich Dir gegenüber behindern und weil die Größe des Stoffs über mein Gedächtnis und meinen Verstand weit hinausgeht. Dir hat sich die Sache immer sehr einfach dargestellt, wenigstens soweit Du vor mir und, ohne Auswahl, vor vielen anderen davon gesprochen hast. Es schien Dir etwa so zu sein: Du hast Dein ganzes Leben lang schwer gearbeitet, alles für Deine Kinder, vor allem für mich geopfert, ich habe infolgedessen „in Saus und Braus“ gelebt, habe vollständige Freiheit gehabt zu lernen was ich wollte, habe keinen Anlass zu Nahrungssorgen, also zu Sorgen überhaupt gehabt; Du hast dafür keine Dankbarkeit verlangt, Du kennst die „Dankbarkeit der Kinder“, aber doch wenigstens irgendein Entgegenkommen, Zeichen eines Gefühls; stattdessen habe ich mich seit jeher vor Dir verkrochen, in mein Zimmer, zu Büchern, zu verrückten Freunden, zu überspannten Ideen; offen gesprochen habe ich mit Dir niemals, in den Tempel bin ich nicht zu Dir gekommen, in Franzensbad habe ich Dich nie besucht, auch sonst nie Familiensinn gehabt, um das Geschäft und Deine sonstigen Angelegenheiten habe ich mich nicht gekümmert, die Fabrik habe ich Dir aufgehalst und Dich dann verlassen,

Otla habe ich in ihrem Eigensinn unterstützt, und während ich für Dich keinen Finger rühre (nicht einmal eine Theaterkarte bringe ich Dir), tue ich für Freunde alles. Fasst du dein Urteil über mich zusammen, so ergibt sich, dass Du mir zwar etwas geradezu Unanständiges oder Böses nicht vorwirfst (mit Ausnahme vielleicht meiner letzten Heiratsabsicht), aber Kälte, Fremdheit, Undankbarkeit. Und zwar wirfst du es mir so vor, als hätte ich etwa mit einer Steuerehre das Ganze anders einrichten können, während Du nicht die geringste Schuld daran hast, es wäre denn die, dass du zu gut zu mir gewesen bist...

■ Ergänzende Techniken zur Erfassung des Lebensskripts

Arbeit mit Sprichwörtern

Berne (1957) schlägt vor, zur gründlichen Erfassung des Lebensskripts eine Aufstellung von Sprüchen und Sprichwörtern, sogenannten Standardbotschaften, aufzustellen. Für uns kann hierfür die Vorlage von Görlitz (1998) hilfreich sein:

Die verinnerlichten Sätze unserer Erzieher geben uns ein Gerüst für unsere Lebensgestaltung als Erwachsene. Manche Sätze erleben wir als unterstützend und hilfreich, selbst dann, wenn sie zunächst vielleicht als Kritik erlebt wurden. Andere Erziehersätze erleben wir als belastend und hinderlich.

Bitte streichen Sie die Sätze an, die Sie früher häufiger aus dem Mund Ihrer Erzieher gehört haben, und ergänzen Sie aus Ihrer Erinnerung die Sätze aus Ihrer persönlichen Lebensgeschichte:

1. Solange du deine Füße unter meinen Tisch stellst, wird gemacht, was ich sage!
2. Das ist alles halb so schlimm!
3. Sei nicht so frech und vorlaut!
4. Komm zu mir, wenn du mich brauchst, ich helfe dir!
5. Wenn Erwachsene sich unterhalten, haben Kinder still zu sein!
6. Du bist meine große Stütze!
7. Was gibt es denn bei dir schon zu loben?
8. Ich kann dich gut verstehen!
9. Rede erst dann, wenn du gefragt wirst!
10. Was ist deine Meinung zu dem Thema?
11. Wer bist du denn schon?
12. Ich will wirklich nur dein Bestes!
13. Was würdest du denn ohne mich machen?
14. Du weißt am besten, was dir guttut!
15. Sei still, sonst tut mein Herz weh!
16. Wenn wir alle zusammen helfen, geht es schneller!
17. Du bist schuld, dass es mir nicht gut geht!
18. Wir gehören zusammen!
19. Wie oft muss ich dir denn noch das Gleiche sagen?
20. Schlaf erst mal eine Nacht, morgen sieht die Welt wieder viel rosiger aus!
21. Wie willst du denn das überhaupt schaffen?
22. Komm her und lass dich trösten!
23. Was denken nur die anderen Leute von dir!
24. Du bist fleißig/hübsch/lieb!

25. Du bist faul/dumm/frech!
26. Du bist nicht alleine, du hast doch mich!
27. Du kapiert überhaupt nichts!
28. Wie du das nur alles schaffst!
29. Du bist zu dumm zum Leben und zum Sterben!
30. Ich bin stolz auf dich!
31. Du bist ein Nichts!
32. Du bist mein Ebenbild!
33. Bilde dir bloß nichts auf deine gescheiterten Reden ein!
34. Hoffentlich bleibst du noch ganz lange bei mir!
35. Schau dir mal die anderen an, die kann man wenigstens zu etwas gebrauchen!
36. Es ist egal, was die anderen denken!
37. Du bringst mich noch ins Grab!
38. Hauptsache, du fühlst dich wohl!
39. Du wirst schon sehen, was passiert!
40. Morgen ist auch noch ein Tag!
41. Ohne mich wärst du unfähig zum Leben!
42. Ich vertraue dir voll und ganz!
43. Musst du immer das letzte Wort haben?
44. Jeder Mensch hat Fehler und Schwächen!
45. Schau dich bloß an, wie du schon wieder aussiehst!
46. Das kann jedem passieren!
47. Du bist anders als alle anderen!
48. Du bist etwas ganz Besonderes!
49. Sei still und reg mich bloß nicht auf!
50. Warum sprichst du nicht mit mir darüber?
51. Was ist denn das für ein dummes Geschwätz?
52. Lass dir Zeit!
53. Erst denken, dann reden!
54. Du muss nicht traurig sein!
55. Das schaffst du nie!
56. Andere Mütter (Väter) haben auch schöne Töchter (Söhne)!
57. Womit habe ich das verdient?
58. Lass' es uns gemütlich machen!
59. Nur Leistung zählt!
60. Gut, dass wenigstens wir zusammenhalten!
61. Du musst einen guten Eindruck machen!
62. Heute hast du es dir verdient, dich auszuruhen!
63. Keiner ist so wie du!
64. Der Klügere gibt nach!
65. Das ist ganz normal!
66. So etwas tut man nicht!
67. Mit dir habe ich ganz großes Glück!
68. Was du heute kannst besorgen, das verschiebe nicht auf morgen!
69. Ich hab' dich lieb!
70.
71.
72.

Mit den Patienten zusammen können wir dann die relevanten Schriftsätze einer Neuentscheidung zuführen.

■ Arbeit mit Lieblingsmärchen aus der Kindheit

Einige unserer Patienten haben sich als Kinder in Märchen vertieft und nutzen dies, um ein Gegenmodell zu dem Lebensmodell zu haben, das sie in ihrem Elternhaus leben dürfen. So werden sie im Eintauchen in die Märchen z. B. zu Helden, Prinzessinnen, Monstern und entwickeln übermenschliche Kräfte. Ein Gegenskript und Lieblingsmärchen einer Patientin, die ständiges Alleingelassenwerden erlebt hat, kann zum Beispiel „Pippi Langstrumpf“ sein, die unabhängig von jedem Erwachsenen ihr Leben meistern kann. Solche Vorstellungen finden sich häufig bei Patienten, bei denen beide Elternteile einen problematischen Umgang mit dem Kind gezeigt haben. Hier können imaginative Techniken im Sinne von Ressourcenaufbau hilfreich sein, indem wir dem Patienten auch als Erwachsenen erlauben, diese Phantasien von Stärke und Kraft im gesunden Kind-Ich zu erleben. Das Gleiche gilt für die Arbeit oder Verwendung von anderen Idealen und Idolen, die die Patienten oft in öffentlichen Personen finden, wie z.B. die Geschwister Scholl, Albert Schweitzer, Mutter Teresa, Reich-Ranicki, Broder oder Nelson Mandela.

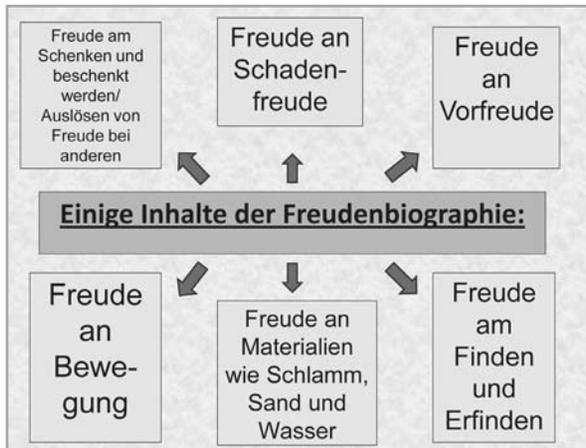
■ Andere relevante Modelle zur Erschließung des Lebensskripts – erste Beziehungserfahrungen

Um Prägungen und Muster zu erschließen, die unsere Patienten beeinflusst haben, ist es sinnvoll, nach den ersten Beziehungserfahrungen zu fragen und zu schauen, welche alten Muster sich in der Gestaltung der Beziehung bereits finden lassen und welche neuen Erfahrungen sie wie geprägt haben. Die Zeit der ersten Verliebtheit kann imaginativ wiedererlebt werden und Zugang zu der ganzen Palette von Gefühlen, wie z.B. von Sinnlichkeit/Erotik träumen, Überwindung von Ängsten, bis hin zum ersten tiefen Abschiedsschmerz ermöglichen.

■ Aufbau von Ressourcen

Um den Ressourcenaufbau zu gewährleisten, fragen wir nach den Glücksmomenten in der Kindheit unserer Patienten. Diese können schriftlich niedergelegt werden, um die emotionale Intensität dieser Glückserfahrungen zu intensivieren und den Patienten zur Verhinderung von Rückfällen eine Gedächtnisstütze zur Verfügung zu stellen, wie ihr Leben doch auch Aufheiterung erfahren hat. Es ist z.B. möglich, diese Glücksmomente und die schriftliche Beschreibung in einem sogenannten Therapiebuch aufbewahren zu lassen. Ein Wiedererlebenlassen und imaginatives Bearbeiten hilft zusätzlich zur Integration dieser schönen Gefühlsmomente in ein stabiles Selbstbild. Frank (2011) stellt in ihrem Buch „Therapieziel Wohlbefinden“ die Freudenbiographie vor, die unseren Patienten zum Aufbau stärkender Erinnerungen gegeben werden kann.

Hierzu die Modifikation im Modell von Vogel und Rabaioli-Fischer (2011):



■ Imaginative Verfahren

Da wir sowohl aus der Lebenslaufkurve als auch aus den anderen Aufzeichnungen unserer Patienten die problematischen Schlüsselszenen sehr schnell erfassen, ist es günstig, diese zu nutzen und mit Hilfe imaginativer Verfahren wiedererleben zu lassen, um eine tiefe emotionale Reaktivierung und somit das Bearbeiten zu ermöglichen. In der Verarbeitung von lebensgeschichtlich relevanten, problematischen Schlüsselszenen ist es sinnvoll, die imaginativen Verfahren so durchzuführen, dass der Therapeut mit seinem Patienten auch während der Imagination im Kontakt bleibt und ihm fortwährend bei der Weiterführung, Vervollständigung und Vertiefung der Schlüsselszene hilft und auch dabei, zu den Anteilen zu kommen, die im Sinne eines Hilf-Ich traumatische Szenen überstehbar gemacht haben. Hier rekurren wir immer wieder auf spontane Sätze, die ein Kind während dieser Erfahrung sich innerlich gesagt hat. Eine weitere Variante bei der Behandlung sexuellen Missbrauchs ist die Vorgehensweise von Smucker, Dancu, Foa und Nideree (1995), die wir hier nochmals tabellarisch vorstellen. Auch diese Autorinnen arbeiten mit dem inneren Kind.

■ Behandlungsleitlinien

Auswertung der Vorbehandlung (2 Std.)	<ul style="list-style-type: none"> - Informationssammlung - Klinisches Interview - Anwendung der Testbatterie sollte den diagnostischen Kriterien des PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) entsprechen
Sitzung 1 (2 Std.)	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung der Behandlung - Wiederdurchleben der sexuellen Missbrauchsszene in der Vorstellung - Entwickeln des inneren Bewältigungsbildes: Vergegenwärtigen der Missbrauchsszene, um Bewältigungsstrategien einzuschließen, in denen sich die Patientin ihr heutiges, erwachsenes Selbst vorstellt, wie sie das Kind rettet und das Verbrechen verhindert - Nach Erreichen der Bewältigung Fördern des unterstützenden Erwachsenen-Eltern-Ich-Bildes - Hausaufgabe besprechen

Sitzung 2 (1,5 Std.)	<ul style="list-style-type: none"> - Hausaufgabe besprechen - Wiederdurchleben der Misshandlungsszene - Inneres Bewältigungsbild entwickeln - Unterstützendes Erwachsenen-Eltern-Ich-Bild entwickeln - Rational erklären - Hausaufgabe aufgeben
Sitzung 3 (2 Std.)	<ul style="list-style-type: none"> - Schriftliche Aufgabe besprechen - Wiederdurchleben der Misshandlungsszene - Inneres Bewältigungsbild entwickeln (Einschließen von neuen Informationen aus der schriftlichen Aufgabe, falls es sich anbietet) - Unterstützendes Erwachsenen-Eltern-Ich-Bild entwickeln - Hausaufgabe aufgeben
Sitzung 4 (1,5 Std.)	<ul style="list-style-type: none"> - Schriftliche Aufgabe besprechen - Wiederdurchleben der Misshandlungsszene - Inneres Bewältigungsbild entwickeln - Unterstützendes Erwachsenen-Eltern-Ich-Bild entwickeln - Hausaufgabe aufgeben
Sitzungen 5 und 6 (1,5 Std.)	<ul style="list-style-type: none"> - Schriftliche Aufgabe besprechen - Im Dialog Wechsel von der unterstützenden Erwachsenen-Ebene zur Kind-Ebene - Unterstützendes Erwachsenen-Eltern-Ich-Bild entwickeln - Hausaufgabe aufgeben
Sitzung 7 (1,5 Std.)	<ul style="list-style-type: none"> - Schriftliche Aufgabe besprechen - Im Dialog Wechsel von der unterstützenden Erwachsenen-Ebene zur Kind-Ebene - Unterstützendes Erwachsenen-Eltern-Ich-Bild entwickeln; Diskutieren der noch nötigen Themen - Hausaufgabe aufgeben
Sitzung 8 (1,5 Std.)	<ul style="list-style-type: none"> - Schriftliche Aufgabe besprechen - Im Dialog Wechsel von der Erwachsenen-Ebene zur Kind-Ebene - Unterstützendes Erwachsenen-Eltern-Ich-Bild entwickeln - Nochmaliges Besprechen der abschließenden Themen

Patienten, die sich auf die Bearbeitung imaginativ einlassen können, profitieren vor allen Dingen dadurch, dass ein Aufbau und Durchspielen verschiedener Handlungsalternativen möglich ist und dass sie erleben, dass schwierige, angst-, scham- und schuldbesetzte Situationen im sicheren Rahmen wiedererlebt aushaltbar sind und verarbeitet werden können. So nutzen sie sie zum Aufbau von Selbstwirksamkeit. Patienten erleben weiterhin, dass ein konstruktives Umgehen mit Scheitern und Misserfolgen möglich ist und sie somit ein völlig neues Selbstbild bzw. nach Berne (1957) „**Neuentscheidungen**“ treffen können.

■ Fazit

Die Fülle der auch hier längst nicht vollständig vorgestellten und langjährig bekannten Behandlungsverfahren zur Erleichterung und eventuell möglichen Verarbeitung schwieriger Erfahrungen und Erlebnisse aus der Kindheit und Jugendzeit ist seit vielen Jahren im amerikanischen Raum bekannt und nun seit mehr als 10 Jahren auch im deutschen Sprachraum (Sulz, 2000) eine wertvolle Bereicherung in der kognitiven Verhaltenstherapie.

■ Literatur

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Beck, J.S. (1999). Praxis der kognitiven Therapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Berne, E. (1957). Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag“ gesagt haben? München: Kindler.
- Berne, E. (1967). Spiele der Erwachsenen. Reinbek: Rowohlt.
- Damasio, A.R. (2002). Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. München: Econ Ullstein List Verlag.
- Dietrich, R. (o.J.). Der Antreiber-Test
- Frank, R. (2011). Wohlbefinden fördern. Positive Therapie in der Praxis. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Görlitz, G. (1998). Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Aufbauübungen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Goulding, M. & Goulding, R. (1981). Neuentscheidung: Ein Modell der Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Kafka, F. (1975). Brief an den Vater. Frankfurt a.M.: Fischer Verlag.
- Kühnlein, I. (2002). Wie Psychotherapie verändert. Eine Langzeitstudie über Bedeutung und Auswirkung psychotherapeutischer Behandlung im Lebenslauf. München, Weinheim: Juventa Verlag.
- LeDoux, J. (1998). Das Netz der Gefühle. München: Hanser.
- Neisser, U. (1980). Kognitive Psychologie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pennebaker, J.W. (1990). Opening Up – The Healing Power of Expressing Emotions. New York: The Guildford Press.
- Rabaioli-Fischer, B. (1999). Gefühle aus der Kindheit entdecken. Vortrag 9. Bayerische Verhaltenstherapietagung, Emotionen und Therapie, München, 14.-16.5.1999.
- Rabaioli-Fischer, B. (2000). Gefühle aus der Kindheit entdecken. In S. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), Von der Kognition zur Emotion. München: CIP-Medien.
- Rabaioli-Fischer, B. (2002). Gefühle aus der Kindheit entdecken und bearbeiten. Workshop Tagung. Berlin: Deutscher Verband für Verhaltenstherapie.
- Rabaioli-Fischer, B. (2004). Frühe Gefühle. Die Bearbeitung der Lebensgeschichte in der Therapie. Lengerich: Papst. (zur weiteren Lektüre empfohlen)
- Rautenberg, W. & Rogoll, R. (1980). Werde, der du werden kannst. Freiburg: Herder.
- Rogoll, R. (1976). Nimm dich, wie du bist. Freiburg: Herder.
- Smucker, M.R., Dancu, C., Foa, E.B. & Niederee, J.L. (1995). Imagery Rescripting: A New Treatment for Survivors of Childhood Sexual Abuse Suffering From Posttraumatic Stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 9, 1-17.
- Steiner, C. (1982). Wie man Lebenspläne verändert. Paderborn: Junfermann.
- Sulz, S. (2000). Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen. München: CIP-Medien.
- Vogel, A. & Rabaioli-Fischer, B. (2011). Die Freudenbiografie, Vortrag IFT (Institut für Therapieforchung), Verhaltenstherapietage, 2011, Freiburg
- Wagner-Link, A. (1997). Frauen zeigen Profil. Renningen-Malsheim: expert.
- Young, J.E. (1990). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, Fl. : Professional Resource Exchange.
- Young, J.E. & Klosko, J.S. (1994). Reinventing your Life. New York: Plume Printing.
- Young, J.E., Weishaar, M.E. & Klosko J.S. (2003). Schema Therapy. Practitioner's Guide. New York: The Guilford Press.

Copyright Zeichnungen: Roman Lang

■ Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. Barbara Rabaioli-Fischer
 Pestalozzistr. 40 | 80469 München
 Tel. 089-260 38 80 | Fax 089-260 92 41
 praxbarab@t-online.de | www.psychotherapie-rabaioli.de