

79 Sinnggebung bei schweren Persnlichkeitsstnrungen

Ulrich Sachsse

Die Frage nach dem Sinn des Lebens	870	Shit happens ... If I work harder Shit won't happen to me (Protestant)	876
Psychotherapeutische Herangehensweisen	872	Shit happens ... If Shit happens it doesn't matter to me (Buddhism)	876
Die Religionen und die Sinnfrage	873	Shit happens ... Shit does not exist (Zen)	877
Shit happens ... Why does all the Shit of the world always happen to me? (Jewish)	875	Weisheit aktivierende Psychotherapie.	877
Shit happens ... If Shit happens it is Allah's wish (Islam)	875	Es ist wie es ist	879
Shit happens ... If Shit happens it is my guilt (Catholic)	876		

Die Frage nach dem Sinn des Lebens

Patienten mit schweren, ungerechten Schicksalsverlufen stellen in der Psychotherapie die Sinnfrage. Diese Sinnfrage kann entweder als depressives Symptom behandelt werden, sie kann an die Religion und Philosophie verwiesen werden oder sie muss fundiert im Rahmen einer Psychotherapie aufgegriffen werden. Aber ist die Suche nach Sinn ein Problem der Psychotherapie? Ist das nicht die genuine Aufgabe der Religion, hilfsweise der Philosophie? Es ist bekannt, dass Sigmund Freud religi6se Phänomene als eine Art gesellschaftlichen Massenwahn verstanden hat. Und Karl Marx bezeichnete Religion als Opium fürs Volk. Hinzu kommt, dass ich Psychotherapeuten skeptisch begegne, die für meine Begriffe in der Psychotherapie allzu rasch bei Sinnfragen und Sinngbungsprozessen sind. Ich habe oft den Eindruck, dass auf solche Fragen ausgewichen wird, wenn es in einer Psychotherapie handwerklich schwierig wird. Dann flüchten sich die Beteiligten auf die höchste aller Metaebenen, um sich nicht mit der erdigen Schwierigkeit konfrontiert zu sehen, diese Abwehr zu bearbeiten, jenen Skill zu erlernen, jene Über-Ich-Konstellation aufzulösen, jene Objektpaltung einer Fusion näher zu bringen oder den schwierigen Weg zu gehen, eine hartnäckige Intrusion mit heftiger Körperbeteiligung trotz aller technischen Schwierigkeiten zu desensibilisieren. Wenn in manchen Psycho-

therapien ein Sinn forciert gesucht wird, weil die Behandlung technisch schwierig wird, dann wird Sinnsuche zum Abwehr- oder Widerstandsphänomen oder zu einer verklausulierten Form der therapeutischen Kapitulation und Resignation, weil an der Symptomatik selbst therapeutisch nichts mehr zu ändern ist. Insofern muss sich ein Psychotherapeut, der sich mit solchen Fragen befasst, mit der Sorge auseinandersetzen, unseri6s zu arbeiten. An dieser Stelle lege ich als Psychotherapeut ein Glaubensbekenntnis ab: Nach meiner Behandlungsideologie ist Erleuchtung keine Entschuldigung für schlechte Behandlungstechnik (Hüther u. Sachsse 2007; Sachsse 2007).

Motiviert, ja gezwungen zur Auseinandersetzung mit Sinnfragen haben mich meine Patientinnen. Sie hat es überhaupt nicht interessiert, ob ich Sinnfragen, Religion, Spiritualität, Esoterik und Metaphysik für seri6s oder unseri6s halte. Meine Patientinnen interessiert, welchen Sinn ihr Leben denn bitte haben kann. Jeder, der Menschen mit Borderline-Persnlichkeitsstnrungen oder komplexen Traumafolgestnrungen (s. Kap. 20) behandelt, wird sich irgendwann nicht mehr vor der Frage drücken können: Welchen Sinn könnte ich selbst meinem Leben denn bei so einem Lebensschicksal noch geben? Ist es nicht allzu nachvollziehbar, dass diese Frau, dieser Mann vehement vertritt: Mein Leben hatte nie einen Sinn, ich kann meinem Leben keinen Sinn geben und mein Leben wird auch nie einen Sinn haben. Es gibt Lebensläufe mit so vielen schicksalhaften Gemeinheiten, Ungerechtigkeiten, Schicksalsschlügen,

dass die Frage nach dem Sinn dieses Lebens primär nur ein ratloses Achselzucken auslösen kann. Die Sinnfrage macht hilflos. Gerade Menschen mit schwerem Schicksal stellen aber die Sinnfrage.

Die Frage nach dem Sinn des Lebens wird seltener gestellt, wenn es uns gut geht, wir glücklich, gesund und wohlhabend sind, eine Perspektive haben und das Leben genießen. Die Frage nach dem Sinn des Lebens ist eine Frage aus der Not heraus (Fehige, Meggle u. Wessels 2000). Immer geht es dabei um den Sinn des Leidens, des Todes. Ich kann darum mit einiger Berechtigung auch die Position vertreten: Wer die Sinnfrage stellt, leidet unter einer behandlungsbedürftigen Depression; die Sinnfrage ist stets Symptom einer Depression und ein Hinweis auf zumindest latente Suizidalität. – Eine Alternative wäre die Empfehlung: Bei Sinnggebungsproblemen fragen Sie bitte nicht Ihren Arzt oder Apotheker, sondern Ihren Seelsorger! Auch dann bin ich die Sinnfrage mehr oder weniger elegant in der Therapie erstmal los. Ich kann mich dieser Frage aber auch stellen und versuchen, sie achtsam und seriös zu reflektieren.

Sehr viele meiner Borderline-Patientinnen hatten einen bewundernswerten Galgenhumor. Als Verbeugung vor dieser ihrer Lebensleistung werde ich meinen Artikel mit mehr oder weniger feinsinnigem Humor durchsetzen. Am Anfang der Auseinandersetzung mit Sinnfragen nach schwer belastenden oder gar traumatischen Lebensereignissen kann nur eine radikale Akzeptanz der Realität stehen: Traumata ereignen sich – Shit happens. Traumatische Erfahrungen gehören zum Leben, zur *Conditio humana*. Wir leben heute in Mitteleuropa in einer Zeit und einer Region, in der wir durchschnittlich weitaus weniger traumatisiert werden als Menschen früherer Epochen oder auch Menschen anderer Gegenden der Erde. In unserer Region leben wir seit Jahrzehnten frei von Kriegen, erfahren relativ wenige Naturkatastrophen, haben eine vergleichsweise niedrige Kriminalitätsrate und bleiben von Krankheitsepidemien seit über 100 Jahren weitgehend verschont. Wir diskutieren ernsthaft, ob Mobbing oder Arbeitslosigkeit ein Trauma ist. In mancher Biografie war das bisher traumatischste Ereignis offenkundig der Tod des geliebten Meerschweinchens, das verstarb, als der Patient sieben Jahre alt war. Geschichtlich ist das zweifelsfrei eine Luxus-Situation, und mancher Mensch eines anderen Kulturkreises hätte unsere Probleme nur zu gern.

Angeblich gibt es eine Lebenszeitprävalenz für schwere traumatische Erfahrungen von durchschnittlich einem Ereignis pro Leben (Flatten, Hofmann et al. 2001). Ich halte diese Einschätzung für zu niedrig. Ich kann mir nicht vorstellen, dass ein Mensch 60 oder 70 Jahre alt wird, ohne nicht mindestens drei- bis fünfmal ein Trauma erlitten zu haben. Hier geht es wahrscheinlich auch um Definitionsfragen. Die bekannten Studien beziehen sich meist auf das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Stö-

rungen DSM-IV (American Psychiatric Association 1994, 1996). Dort ist das Trauma relativ eng definiert. Wichtig ist es aber, festzuhalten, dass 85 % aller Monotraumata nach sechs bis zwölf Monaten integriert sind. Wir Menschen sind an traumatisierende Erfahrungen adaptiert (Hüther u. Sachsse 2007; Sachsse 2003a; Sachsse u. Roth 2008). Seit Jahrtausenden müssen wir uns in lebensgefährlichen Situationen behaupten, und unser Stressbewältigungssystem ist geeignet, Traumatisierungen so aufzuarbeiten, dass wir keine dauerhafte Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Es ist nicht so, dass ganz Sri Lanka und Indonesien nach dem Tsunami kollektiv in Posttraumatischer Belastungsstörung versinken. Unsere individuellen Stressbewältigungssysteme, aber gerade auch unsere soziale Struktur sind darauf eingerichtet, Traumatisierungen aufzuarbeiten. Nach dem Trauma vermittelt die Herde, die Familie Sicherheit, Schutz, Verständnis, Loyalität und Parteilichkeit. In diesem Klima gewinnt das Sicherheitssystem langsam wieder an Stabilität, die Intrusionen und Flashbacks werden weniger und das basale Sicherheitsgefühl stellt sich erneut ein. Normalerweise geschieht durch ein intaktes soziales System eine Art natürlicher Desensibilisierung nach einem Trauma. Integriert ist ein Trauma bekanntlich, wenn wir an das traumatische Ereignis denken können, aber nicht müssen, und wenn diese Erinnerung uns nicht heftig aufregt, keine vegetativen Symptome hervorruft oder verantwortlich ist für Suchtdruck, Schneidedruck, eine bulimische Attacke oder eine Depression.

Diese hohe Rate der Bewältigung scheint für einige Traumata auch als Monotrauma nicht zu gelten. Über 50 % der Menschen, die Opfer sexualisierter Gewalt oder Folteropfer geworden sind, entwickeln auch bei vorhergehender relativer Stabilität und seelischer Gesundheit eine Traumafolgestörung. Für Eltern scheint das Trauma »Tod eines Kindes« nur sehr, sehr schwer zu bewältigen zu sein. Allgemein gilt, dass Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung, die sechs Monate nach dem traumatischen Ereignis noch persistieren, meistens chronifizieren. Zeit heilt nicht alle Wunden – vielen Menschen kann der erfahrene Therapeut noch Jahrzehnte später im Gesicht ablesen, ob gerade eine Intrusion durch ein bestimmtes Thema getriggert worden ist (Kirsch, Krause et al. 2008).

Die Frage, wann Zeit die Wunden heilt und wann Zeit eine Wunde nicht heilen kann, was also chronifizierende Faktoren sind, wird beforscht, ist aber noch nicht endgültig beantwortet (Flatten, Hofmann et al. 2001). Zweifelsfrei spielen Schwere, Dauer und Häufigkeit einer Traumatisierung eine große Rolle. Es ist natürlich ein Unterschied, ob das Trauma ein Verkehrsunfall oder der Abwurf einer Atombombe gewesen ist. Es ist ein Unterschied, ob ein Mensch über 30 Tage lang Opfer einer Geiselnahme war (Reemtsma 1997) oder ob jemand mit anderen gemeinsam zwei Stunden Geisel bei einem Banküberfall gewesen ist.

Und es ist ein Unterschied, ob sexualisierte Gewalt einmalig in der Kindheit geschehen ist oder über Jahre hin jede Woche zweimal.

Für die Verarbeitung des Traumas sind die Kompetenz und Belastbarkeit der sozialen Bezugsgruppe nach der Traumatisierung wesentlich. In einer Supervision wurde mir berichtet, dass die Behandlung einer jungen Mutter, die bei einem Zugunglück ihr Kind verloren hatte, sich sehr schwierig gestaltete, weil die Großeltern des verunglückten Kindes ebenfalls dekompenzierten. Diese Großeltern erwarteten nun von der Patientin – diese war seit ihrer Jugend schon parentifiziert worden –, also von der Mutter des verstorbenen Kindes, dass diese für die alten Eltern in ihrer Trauer, Verbitterung und Not da sein sollte. Die Patientin fand gar keinen Raum, um ihr eigenes Trauma zu bewältigen. Vielmehr entwickelte sich familiendynamisch eine Konkurrenz darum, wer das größte Recht auf die tiefste Trauer hatte und wem deshalb am meisten Zuwendung von den anderen zustand. Hier war es beispielsweise erforderlich, die Großeltern selbst zunächst in eine stationäre Maßnahme zu vermitteln, damit die Patientin Raum für sich, ihre Traumaarbeit und ihre Trauer fand. Es ist übrigens keine Seltenheit, dass eine angespannte familiäre Situation durch ein Trauma dekompenziert. Dann steht einem traumatisierten Menschen unsere natürliche Traumatherapie nicht zur Verfügung: nämlich die Aufarbeitung der traumatischen Erfahrungen im Schutz einer stabilen, familiären Bezugsgruppe.

Schon Franz Heigl (1978) hat darauf hingewiesen, dass jede Psychotherapie erschwert wird durch das, was er die nachtragenden Gefühle nannte: Wiedergutmachungsansprüche oder Vergeltungswünsche. Nach einer traumatischen Situation geschieht es besonders leicht, dass seelisch quasi »beschlossen« wird: Diese traumatische Situation war für mich völlig unerträglich, sie bleibt für mich dauerhaft inakzeptabel, ich will und werde mit dieser schicksalhaften Erfahrung nicht weiterleben; die Erfahrung muss verändert werden, muss korrigiert werden, sonst kann und will ich nicht weiterleben. Diese Korrektur kann einmal in Form von Wiedergutmachung (Zirks 2007) erwartet werden. Nicht selten richtet sich die Hoffnung dann auf finanzielle oder juristische Wiedergutmachung (Reemtsma 1998). Beides gelingt häufig nicht in dem Umfang, in dem es erhofft oder erwartet wird (Stang u. Sachsse 2007). Korrektur kann nicht durch Rache und Vergeltung erfolgen (Sachsse 1990). Diese menschlich allzu menschliche Regung wird beigetragen haben zu der Jahrhunderte alten Tradition der Blutrache, die sich in den Kulturnationen aber nicht gehalten hat. Bei der Rache ist das Problem, dass sie sich im Allgemeinen nicht auf das Tallions-Prinzip beschränkt (Auge um Auge, Zahn um Zahn), sondern ein Unrecht heimzahlt, und dann gerne noch eins drauf setzt. Damit wird die Rache zu einem neuen Unrecht, das wiederum Vergeltung fordert. So

entwickeln sich spiralförmige Prozesse, bei denen sich die Gewalt immer höher schaukelt. Durch Blutrache können ganze Familienverbände zugrunde gehen, Gesellschaften können von innen heraus ruiniert werden. – Psychotherapie ist übrigens generell ungeeignet, Rachewünsche zu befriedigen oder Wiedergutmachungsansprüche zu erfüllen. Der Umgang mit solchen nachtragenden Gefühlen gehört mit zum Schwierigsten in einer Psychotherapie. Ich werde darauf später noch eingehen.

Der chronifizierendste Faktor bei der Entwicklung einer Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung ist offenkundig die Entwicklung einer Depression. Studien legen nahe, dass Depressionen eine häufigere Traumafolge sind als eine chronifizierte Posttraumatische Belastungsstörung (Flatten, Hofmann et al 2001). Wenn nach einer traumatischen Erfahrung die Reizüberflutung durch Intrusionen und Flashbacks bewältigt wird, indem die Reagibilität auf Reize im Inneren reduziert wird, sich ein konstruktiver Lebensmodus mit *Vita minima* entwickelt, dann gibt es einen inneren Stillstand (Sachsse 2004). Dann entwickeln sich Bilder der Somatisierungsstörung, der somatisierten Depression, der Schmerzsyndrome (Egle, Hoffmann u. Joraschky 1997, 2000). Auf den ersten Blick imponieren diese Symptombildungen gar nicht als Traumafolgen und häufig ist Menschen ein solcher Zusammenhang auch nicht bewusst. Diese Symptombildungen sind therapeutisch und medikamentös oft schwer erreichbar.

Psychotherapeutische Herangehensweisen

Die bekannteste Therapierichtung, die der Frage nach dem Sinn zentrale Bedeutung einräumt, ist die Logotherapie von Viktor Frankl (Zirks 2007), die er in den 1930er Jahren entwickelt hat. Er suchte eine Psychotherapie, die den Menschen in seiner Multidimensionalität und Komplexität phänomenologisch wahrnahm. Den Willen zum Sinn sah er als die primäre Motivation des Menschen: Der Mensch will, ja muss sinnvoll leben; er erträgt es nicht, sinnlos zu leben. So entstand der Name Logotherapie (logos = Sinn), also eine sinnzentrierte Psychotherapie. Geboren als Sohn eines jüdischen Ehepaars wuchs Frankl in Wien auf. 1920 hielt er seinen ersten Vortrag über den Sinn des Lebens. 1926 gab es eine erste Erwähnung des Begriffs »Logotherapie«. 1933 wurde er Arzt am Steinhof in Wien und betreute eine Station für suizidale Frauen. 1942 kam er ins KZ und überlebte den Holocaust. Frankl hat mit seiner Logotherapie also kein abgehobenes Konstrukt hervorgebracht, sondern schicksalhaft erfahrenes Wissen formuliert, das selbst im Konzentrationslager Bestand hatte. Frankls Denken wirkt