

Niklas Gebele
Märchen, Mythen, Netflix

Therapie & Beratung

Niklas Gebele

Märchen, Mythen, Netflix

**Zum Arbeiten mit populären Narrativen
in der Psychotherapie**

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2021 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form

(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)

ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert

oder unter Verwendung elektronischer Systeme

verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: © [iStockphoto.com/OlgaKorica](https://www.istockphoto.com/OlgaKorica)

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-3029-0 (Print)

ISBN 978-3-8379-7752-3 (E-Book-PDF)

Inhalt

Vorwort	9
I Einleitung	11
I.I Psychologie in der Popkultur	14
I.II Geschichten in der Psychotherapie	19
II Psychotherapiegeschichten	25
II.I <i>Alles steht Kopf</i> : Die Funktion von Kummer – Konflikte erkennen und durcharbeiten	25
II.II <i>Game of Thrones</i> : »Nicht heute!« – Umgang mit Widerstand	32
II.III Chester Bennington: <i>No More Sorrow</i> – Ressourcen aktivieren	39
II.IV <i>Sissi</i> : Schicksalsjahre einer Kämpferin – Deutungen im Viereck der Einsicht	51
II.V <i>Dogs of Berlin</i> : Wahre Männlichkeit – Mentalisierung fördern	63
II.VI <i>My Little Pony</i> : »Manchmal reicht eben auch nur ein wenig Freundlichkeit« – Therapeutische Beziehung und Ego-States	70
II.VII <i>Aufräumen mit Marie Kondo</i> : <i>The Life-Changing Magic of Tidying Up</i> – Beziehungskonflikte konstruktiv bearbeiten	79

II.VIII	<i>Das Schicksal ist ein mieser Verräter:</i> »Schmerz verlangt gespürt zu werden« – Traumaexposition <i>in visu</i>	85
II.IX	<i>Overwatch: »We Are Overwatch«</i> – Gruppenkohäsion als Wirkfaktor	95
III	Learning by watching: Popkultur in der Lehre	101
IV	Furcht ist der Pfad zur dunklen Seite: Radikalisierung in der Popkultur	107
IV.I	<i>Harry Potter</i> : Lord Voldemort und die Demütigung	109
IV.II	<i>Star Wars</i> : Darth Vader und die einfachen Lösungen	112
IV.III	<i>The Walking Dead</i> und die Radikalisierung von Gruppen	116
V	Popkultur – Risiken und Nebenwirkungen	119
V.I	<i>Germany's Next Topmodel</i> : Ganz lecker, aber ziemlich fad	121
V.II	<i>Tote Mädchen lügen nicht</i> : Die Leiden der jungen Hannah	124
VI	Abschließende Bemerkungen	131
	Literatur	133

»What unites people? Armies? Gold? Flags? Stories!
There's nothing in the world more powerful than a good
story. Nothing can stop it. No enemy can defeat it.«

*Tyrion Lannister in Game of Thrones,
Staffel 8, Episode 6: The Iron Throne (2019)*

Vorwort

»Ernest loved being a psychotherapist. Day after day his patients invited him, into the most intimate chambers of their lives.«

Irvin D. Yalom: Lying on the Couch (1997, S. 1)

Als ich in den 2000er Jahren Psychologie studierte, wusste ich zunächst noch nicht so recht, ob ich nach dem Studium Psychotherapeut werden sollte. Auch weil mir die klinische Psychologie, die an meiner Universität gelehrt wurde, enttäuschend uninspiriert und eindimensional vorkam. Zu meinem Glück schenkte mir ein Freund und Kommilitone zum Geburtstag ein Buch, das meine Sicht auf die Psychotherapie für immer verändern und nachhaltig prägen sollte: Irvin D. Yaloms großen Psychotherapieroman *Lying on the Couch* (1997, deutsch: *Die rote Couch*). Was mich faszinierte, war nicht nur die Erkenntnis, dass man auf diese Art Psychotherapie machen konnte – passioniert, neugierig und persönlich eingelassen –, sondern auch, dass sich durch und in Psychotherapie die spannendsten Geschichten erzählen lassen: Emotional, überraschend, mitreißend und unvergesslich. Kein Wunder eigentlich, denn Psychotherapie geht den Geschichten auf den Grund, die das wahre Leben schreibt, und setzt alles daran, diese verstehend zu interpretieren und erfolgreich weiterzuschreiben. Seit ich begonnen habe, mich zu trauen, meinen eigenen therapeutischen Stil zu entwickeln, fließt die Lust am Erzählen und Rezipieren von Geschichten – klassischen und modernen, realen und fiktiven – immer wieder in Therapieprozesse ein und erweist sich dort als starke konstruktive und salutogene Kraft. In diesem Buch möchte ich von einigen der Erfahrungen, die ich speziell mit modernen, aus der Popkultur stammenden Geschichten in der Psychotherapie gemacht habe, erzählen. Da ich weder Medien- oder Literaturwissenschaftler noch Psychotherapieforscher bin, müssen meine Überlegungen zur Funktion und Wirkung von Geschichten und meine beschriebenen Erfahrungen zum psychotherapeutischen Potenzial von Popkultur als anekdotisch und subjektiv betrachtet werden. Es ist nicht mein Anspruch, das Standardwerk einer eigenständigen Therapieschule vorzulegen. Dieses Buch soll nicht erklären, wie es geht, sondern zeigen, was alles gehen kann, und damit zum Ausprobieren und Erfahren anregen.

I Einleitung

Niemand ist eine Insel¹. Der Mensch ist eingebunden in die soziale und historische Umwelt, erlebt sich selbst und andere als Teil einer individuellen und kollektiven Entwicklungsgeschichte.

»Insbesondere wurzelt der Einzelne in der Geschichte seiner sozialen Gruppe; zusammen mit der Muttersprache verinnerlicht er die Überzeugungen, Werte, Normen und Ziele seiner Gemeinschaft. Er übernimmt ihre kulturelle Tradition in Form von Erzählungen und Mythen, von Glauben oder Aberglauben. Ihm werden auf diese Weise ebenso Konfliktlösungsstrategien vermittelt, wie Regeln des emotionalen Ausdrucks« (Rudolf, 2005, S. 8).

Dass der Mensch sein Leben als Narrativ erlebt und beschreibt, scheint eine universell wichtige, soziale Funktion zu erfüllen: Durch das (Weiter-)Erzählen von Geschichten werden Regeln und Normen sowie implizites Wissen über soziale Prozesse und individuelle Entwicklungsmuster weitergegeben und gelernt. Es ist keine menschliche Kultur – keine Nation, Religionsgemeinschaft, Partei, Firma, Clique oder Familie – bekannt (noch nicht einmal vorstellbar), in der keine Mythen über den Ursprung und die Entwicklung der Gruppe erzählt werden.

»Genau wie der Traum bietet auch der Mythos eine Geschichte, die sich in Raum und Zeit abspielt, eine Geschichte, die in symbolischer Sprache religiöse und philosophische Ideen, Erfahrungen der Seele ausdrückt, in denen die wahre Bedeutung des Mythos liegt« (Fromm, 2001, S. 130).

1 Aus dem Gedicht *Wem die Stunde schlägt* (*For Whom the Bell Tolls*) von John Donne, zitiert nach Hemingway, 1977, S. 7. Übersetzung durch den Autor.

Das Erzählen von Geschichten scheint eine anthropologische Konstante zu sein (Ranke, 1967; Siefer, 2015), die das Funktionieren und die Weiterentwicklung von Gemeinschaften sowie des Individuums im sozialen Kontext der Gemeinschaft sichert. So kann das Wissen über die eigene Familiengeschichte – also die Geschichten, die in der Familie über die Familie erzählt werden – ein Prädiktor für Zufriedenheit, emotionale Gesundheit und Stressresilienz von Kindern sein (Duke et al., 2008). Gerade Krankheit, als oftmals unvorhersehbares, als willkürlich und sinnlos erlebtes Geschehen, kann der narrativen, Kausalität und Sinn stiftenden Integration bedürfen, um der Angst und Unsicherheit, welche Krankheit mit sich bringen kann, konstruktiv begegnen zu können (Antonovsky, 1997; Charon, 2008). Sowohl eine individuelle Krankheit als auch, auf der kollektiven Ebene, Krankheit als Konzept können somit als Aspekte des Jung'schen Schattenarchetyps (Jung, 2001) gesehen werden, jener Anteile in uns, die wir zunächst abwehren, mit denen wir uns nicht verbinden wollen, die aber letztlich – gegebenenfalls im Rahmen einer Psychotherapie – zur gelingenden Individuation beziehungsweise Ich-Werdung sinnhaft integriert werden müssen. Wie stark das intuitive Motiv, Informationen in Form sinnhafter Narrative zu verarbeiten, ist, konnte in einem klassischen psychologischen Experiment (Heider & Simmel, 1944) eindrücklich illustriert werden, in dem Versuchspersonen eine kurze Animation sich bewogender geometrischer Formen gezeigt wurde. Auf die offene Frage, was sie soeben gesehen hätten, berichteten fast alle Versuchspersonen von den geometrischen Formen als intentional handelnde Personen, die Mehrheit erzählte eine vollständige, zusammenhängende Geschichte.

Wenn wir unser Leben und die Welt um uns herum in Form von Geschichten begreifen, liegt es nahe, auch und vor allem die Psychotherapie (insbesondere die psychodynamischen Verfahren, mit ihrer Grundregel des freien und unselektierten Erzählens und Assoziierens) als eine Form des Geschichtenerzählens zu verstehen. Patient*innen erzählen in der Psychotherapie nicht nur ihre Krankheits-, sondern auch ihre Lebens-, Liebes-, Beziehungs-, (Miss-)Erfolgs- und Persönlichkeitsentwicklungsgeschichten. Diese Erzählungen sind immer subjektiv, erinnert, gefiltert und interpretiert: *We don't see things as they are, we see them as we are*². Und dennoch sind die Geschichten, ist die persönliche Geschichte, nicht ohne

2 Dieses Zitat wird häufig der amerikanischen Schriftstellerin Anaïs Nin zugeschrieben, wobei umstritten ist, ob sie es als Erste geprägt hat.

diese Erzählungen erfahrbar, da die vollständige, unmittelbare persönliche Geschichte eines anderen Menschen nur durch seine und anderer Erzählungen (re-)konstruiert werden kann. Ohne Geschichte keine Erzählung, ohne Erzählungen keine Geschichte.

Erzählungen beziehungsweise Narrative zeichnet aus, dass sie neben der expliziten Handlung eine tieferliegende Geschichte über Sinnhaftigkeit, Entwicklung, Emotionen und Kohärenz offenbaren, die allerdings erst erschlossen werden muss. Ebenso weist auch jede menschliche Kommunikation, neben objektiven/faktischen Aussagen, eine Ebene subjektiver, impliziter und oft unbewusster Informationsübermittlung auf (Schulz von Thun, 1981; Watzlawick et al., 1967), ohne welche der Sinngehalt des explizit Kommunizierten nicht erschlossen werden kann, weshalb wir in der Psychotherapie, die das Verstehen des Geschehenden als Zugang zu dessen Veränderung und damit Grundlage von Entwicklung begreift, gerade diesen tieferliegenden, impliziten Sinn- und Wirkungszusammenhang als besonders relevant und interessant betrachten (Argelander, 2014). Die Literaturwissenschaft (Reagan et al., 2016) hat auf Basis der Analyse von 1.327 englischsprachigen fiktionalen Texten in der Datenbank des *Project Gutenberg* postuliert, dass es nur sechs grundlegende Verlaufsformen emotionaler Narrative gebe, an deren Grundstruktur (z. B. »vom Tellerwäscher zum Millionär«, »Cinderella« oder »Ödipus«) sich alle Erzählungen orientierten. In ähnlicher Weise gehen psychodynamisch orientierte Psychotherapeut*innen davon aus, dass sich die psychische Entwicklung des Menschen an sieben zentralen Grundkonflikten entlang vollzieht (Arbeitskreis OPD, 2006). Die Bewusstmachung und Analyse der pathogenen Hauptkonfliktthemen ermöglicht der Patient*in Einsicht in die eigenen dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensmuster und macht diese somit dem Durcharbeiten und letztlich der Veränderung zugänglich.

»Das Gewinnen von Einsicht zählt – neben der Internalisierung einer positiven Beziehungserfahrung – zu den zentralen Wirkfaktoren psychodynamischer Therapien. [...] Dem Patienten Einsicht in vorbewusste oder unbewusste Zusammenhänge zu vermitteln, bedeutet nicht, ihn zu einem intellektuellen Begreifen von Zusammenhängen zu bringen. Psychodynamische Einsicht ist affektive Einsicht, an der kognitive ebenso wie emotionale Faktoren beteiligt sind, und unterscheidet sich maßgeblich von sogenannten intellektualisierenden Pseudo-Einsichten« (Wöller et al., 2010, S. 175).

II Psychotherapiegeschichten

Die folgenden Geschichten basieren auf realen Patient*innen und Behandlungsverläufen aus meiner psychotherapeutischen Arbeit. Alle Personen wurden sorgfältig anonymisiert und verfremdet und es wurden teilweise Elemente mehrerer ähnlicher Fälle zu einer Fallgeschichte kombiniert. Die Therapieprozesse wurden erzählerisch verdichtet und die Arbeit mit popkulturellen Narrativen stellt den Hauptfokus der Geschichten dar. Tatsächlich waren diese speziellen Interventionen in jedem der geschilderten Behandlungsverläufe eingebettet in konventionelle psychotherapeutische Settings und Methoden, überwiegend tiefenpsychologisch fundierte Richtlinienpsychotherapie, welche aber an dieser Stelle nur insoweit beschrieben werden, wie sie für das Verständnis und die Kontextualisierung der Arbeit mit Popkulturstoffen von Bedeutung sind.

II.1 ***Alles steht Kopf*: Die Funktion von Kummer – Konflikte erkennen und durcharbeiten**

Fast alle Kinder, aber auch viele Erwachsene, haben den Animationsfilm *Alles steht Kopf* (USA, 2015) gesehen. In kindgerechter Weise werden die Abenteuer der fünf anthropomorphisierten Grundaffekte Freude, Ekel, Angst, Wut und Kummer im Gehirn eines elfjährigen Mädchens erzählt. Obwohl der populäre Film aus streng neuropsychologischer Sicht natürlich grob simplifiziert (Scott, 2017), weiß ich persönlich von vielen psychotherapeutischen Kollegen*innen, die zum Einstieg in die Psychoedukation oder in der Arbeit an Emotionswahrnehmung und -regulation gerne auf ihn zurückgreifen, wobei uns die große Popularität des Films bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen im Elterntalter zugutekommt. Eine der zentralen Botschaften des Films besteht darin, dass jeder dieser Affekte seine eigene Notwendigkeit und Daseinsberechtigung hat und zu einer

gelingenden Persönlichkeitsentwicklung und sozialen Beziehungsgestaltung beiträgt – selbst Kummer, eine hinreißend depressive blaue Dame, die zunächst von allen als störend und überflüssig abgetan wird. Kummers wichtiger Beitrag besteht jedoch, wie sich schließlich herausstellt, darin, auf emotionale Belastungen und die Unerfülltheit wichtiger Bedürfnisse aufmerksam zu machen und die Notwendigkeit, Hilfe und Trost einzufordern, anzuzeigen. Das Unverständnis, die Ungeduld und die Ablehnung, die Kummer durch ihr unablässiges Klagen, ihre Passivität und Regressivität auslöst, spiegeln die Erfahrungen vieler depressiver Patient*innen wider. Noch wichtiger als diese interpersonelle Analogie (die sich für die therapeutische Arbeit auch deshalb nur selten anbietet, weil die pummelige, biedere und stets jammernde Kummer keine Figur ist, die sich als Identifikationsobjekt für Patient*innen, die ohnehin Selbstwertprobleme haben, besonders eignet) ist die intrapersonelle Ebene, auf welcher die regressiven Gefühle, für die Kummer steht, oft ebenso entwertet und abgelehnt werden.

So zum Beispiel bei Frau E., einer 60-jährigen Landwirtin und Hausfrau, die den Film mit ihrer Enkelin zusammen auf DVD gesehen hatte. Frau E. war als ältestes von sechs Kindern aufgewachsen und hatte von Beginn an viel leisten müssen: Hilfe im Haushalt der Mutter und bei der Betreuung der Geschwister, später im eigenen Haushalt, der Erziehung der eigenen drei Kinder und der Pflege der Eltern und Schwiegereltern. Ein allgemein propagiertes und akzeptiertes Ethos von Leistungsbereitschaft und Genügsamkeit hatte über die Jahrzehnte zu beträchtlichem Raubbau an ihrem Körper geführt, sodass in den letzten Jahren vor Therapiebeginn diverse Erkrankungen zu etlichen Operationen geführt hatten. Zu den langjährigen chronischen Schmerzen kamen mit der Zeit agoraphobische Ängste und zunehmend intensive schwer depressive Episoden, mit umfassendem sozialem Rückzug, Antriebs- und Freudverlust und vollständigem Verlust des Selbstwerts bis hin zu massiver Selbstentwertung. Auf hartnäckiges Drängen ihrer erwachsenen Kinder begab sie sich schließlich in ambulante Psychotherapie, wenngleich sie sich wenig davon versprach und sich vor ihrem Mann schämte, der von solchen Dingen noch weniger hielt. In der Anfangszeit nahmen Frau E.s rationalisierende Argumentationen, dass ihr Leben sich durch ihre reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit und die Schmerzen zwar drastisch verschlechtert habe, ihre »dummen Ängste« sowie die »Faulheit und Schwäche« aber dennoch unverzeihlich seien, viel Raum in der Therapie ein. Diese Selbstabwertungen Frau E.s schienen

der defensiven Vorwegnahme befürchteter – und zum Teil auch real erlebter – Abwertung und Kritik aus ihrem familiären und sozialen Umfeld zu dienen, verstärkten und zementierten aber auch ihr negatives Selbstbild und geringes Selbstwertgefühl und damit letztlich ihre Depression.

Gerade zu Beginn des oftmals schwierigen therapeutischen Beziehungsaufbaus zu Patient*innen mit depressiven Affekten, negativistischen Einstellungen und einer defizitorientierten Selbstwahrnehmung kann, neben der obligatorischen Vermittlung einer haltgebenden, sicheren Beziehungserfahrung durch Akzeptanz, Nicht-Wertung und Validierung, die Suche nach und das Bemühen um die Aktivierung von persönlichen Ressourcen sehr förderlich für die therapeutische Beziehung und fruchtbar für den therapeutischen Prozess sein. Ich versuchte daher, den defizitorientierten und abwertenden Selbstbeschreibungen Frau E.s eine ressourcenorientierte Sichtweise entgegenzusetzen: Wenn sie zum Beispiel klagte:

»Ich erkenne mich selbst nicht mehr wieder. Ich war so ein lebensfroher Mensch. Bei Festen war ich immer unter den Letzten. Jetzt möchte ich gar nicht mehr hingehen, weil mir alles zu viel ist. Stattdessen liege ich nur faul zu Hause herum«,

griff ich ihre Selbstzuschreibung als lebensfroh auf: »Sie sind also eigentlich durchaus ein geselliger und positiver Mensch«, und versuchte so, den offenbar positiv besetzten Erinnerungen, welche sie angedeutet hatte, zu mehr Raum zu verhelfen. »Ja, mein Mann und ich waren ja auch trotz der vielen Arbeit und der Kinder immer in den Vereinen im Ort aktiv. Da haben wir mitgeholfen, aber auch gefeiert. Das war immer sehr schön.« Frau E. wirkte bei diesen Erinnerungen tatsächlich etwas fröhlicher, verfiel jedoch meist schnell wieder in das Beklagen ihrer aktuellen Situation: »Aber das musste ich ja alles aufhören, ich kann ja gar nicht mehr so lange stehen, um in der Küche oder beim Kuchenverkauf mitzuhelfen. Und die Feste sind mir nur noch zu viel.« Ausgehend von den positiven Bildern der Vergangenheit, begab ich mich auf die Suche nach möglichen Ressourcen im Hier und Jetzt.

»Ich kann mir vorstellen, dass es Sie sehr frustrieren muss, Aktivitäten, die Ihnen so viel Freude gemacht haben, aus gesundheitlichen Gründen aufgeben zu müssen. Gibt es denn im Moment etwas, das Ihnen manchmal noch ein positives Gefühl verschafft, wenn auch vielleicht nur kurzfristig?«