

Elisabeth Wagner •
Katharina Henz • Heiko Kilian

Persönlichkeitsstörungen

Störungen

systemisch

behandeln

CARL-AUER



sie nur singular, also nicht »persontypisch« sind: »Auf welche Stärke verweist Ihre Fähigkeit, in dieser Situation so zu reagieren...« ist die typische Realisierung des Prinzips »Lösungen internalisieren« in der narrativen Therapie, während Probleme in dieser Therapietradition externalisiert, also »außerhalb der Person« angesiedelt werden. Bei der Diagnose von »Persönlichkeitsstörungen« tun wir das Gegenteil: Die von Klienten berichteten Schwierigkeiten werden »dekontextualisiert« und kausal der Person zugeschrieben. Es werden damit gleich mehrere Prinzipien systemischer Realitätskonstruktion verletzt: Problematische Erfahrungen sollen kontextualisiert werden, die Zuschreibung stabiler negativer Eigenschaften, wie sie Klienten oft spontan vornehmen, soll dekonstruiert und Pathologisierung vermieden werden und die Rolle des Beobachters soll mitgedacht und mitbenannt werden.

Die wesentlichen Unterschiede zwischen der Beschreibung von »Persönlichkeitsstörungen« und den zentralen Ideen systemischer Therapie sind damit schon aufgezeigt: Während systemische Therapie durch Kontextualisierung und zirkuläre Fragen starre Problemzuschreibungen dekonstruiert, wird bei der Beschreibung einer »Persönlichkeitsstörung« eine interaktionelle Problematik einer Person zugeschrieben und dabei auch noch Permanenz postuliert/konstruiert, statt nach Ausnahmen, Ressourcen und Lösungen zu suchen.

Auf den ersten Blick scheinen also die Grundannahmen systemischer Therapie relativ inkompatibel mit der Diagnose einer »Persönlichkeitsstörung« zu sein. Dennoch gibt es sie: diese verstörenden Momente im Therapieraum, wenn das Verhalten der Klienten einfach nicht mit ihrer angebotenen Problemerkklärung zusammenpassen will, wenn Klienten immer wieder Beziehungsangebote machen, die verwirren, verärgern, überfordern, und sich damit unangenehme Affekte bei den Therapeuten einstellen, die ihren Handlungsspielraum eingrenzen.

Klientin A erscheint zum Erstgespräch und berichtet von folgenden Symptomen: Sie könne kaum noch schlafen und habe quälende Gedanken, auch suicidal gefärbt. Anlass sei eine aus heiterem Himmel beendete Liebesbeziehung

gewesen, die sie gerne noch fortgeführt hätte. In einer gut einfühlbaren Art berichtet sie, wie sie innerlich zwischen Trauer, Wut, Kränkung, Rachedgedanken und alles verzeihenden Tagträumen hin- und herschwanke, das Leben erscheine ihr freudlos und leer und sie habe keine Idee, wie sie den Verlust überwinden werde. Im Moment stabilisiere sie sich nur mehr über die Arbeit und habe ihre sozialen Kontakte auf den engsten Freundeskreis eingeeengt. Mithilfe der Therapie will sie lernen, das Geschehene zu bewältigen, die Enttäuschung hinter sich zu lassen und wieder offen für Neues zu werden.

Klientin B erscheint zum Erstgespräch und berichtet von folgenden Symptomen: Sie könne kaum noch schlafen und habe quälende Gedanken, auch suicidal gefärbt. Anlass sei eine aus heiterem Himmel beendete Liebesbeziehung gewesen, die sie gerne noch fortgeführt hätte. Sie sei unheimlich sauer und aufgebracht und nachts, wenn sie nicht schlafen könne, schicke sie ihrem Ex-Partner unzählige wütende E-Mails und SMS, leider ohne Erfolg. Manchmal drohe sie ihm dabei auch mit Selbstmord. Andere Männer hätten »solche Spiele« ebenfalls schon mit ihr gespielt. Auch in der Arbeit habe sie das Gefühl, gemobbt zu werden, Konflikte seien dort an der Tagesordnung. Dazwischen fühle sie sich innerlich ganz leer, sie vermute, letztlich an einem Burn-out zu leiden. Sie habe die Therapeutin im Internet gefunden und sei ganz sicher, dass diese die einzige Expertin sei, die ihr helfen könne, am besten gleich zwei Mal die Woche.

In beiden Fallvignetten wird von den Klientinnen zunächst die gleiche Symptomatik berichtet. Doch dann werden Unterschiede in der Art der Erzählung deutlich, wodurch auch unterschiedliche emotionale Reaktionen bei der Therapeutin ausgelöst werden:

Klientin A beschreibt das unvermittelte Beziehungsende als krisenhaftes Erlebnis, die damit verbundenen Affekte werden differenziert und gut einfühlbar berichtet. Sie erzählt von einer erst- und einmaligen Ausnahmesituation, für die sie noch keine adaptiven Ideen entwickeln konnte. Die Haltung der Therapeutin gegenüber ist zaghaft hoffend, die Therapeutin reagiert gelassen und verständnisvoll und ist zuversichtlich, dass sie mittels Ressourcenarbeit, Normalisierung bzw. Umdeutung und unterschiedserzeugenden Fragen eine Verbesserung der Symptomatik erzielen können wird.

Für Klientin B ist das unvermittelte Beziehungsende eine unzumutbare Kränkung, die vor allem Wut auslöst, von der sie sich auch in der Therapiesituation in

keinem Moment distanzieren kann. Sie erzählt von einem sich wiederholenden Beziehungsmuster, erklärt dieses jedoch als zufällige Aneinanderreihung mehrerer feindlicher Angriffe. Heftige Konflikte scheinen eine Konstante in ihrem Leben zu sein, die Schuld dafür wird nur im Außen gesucht. Der Therapie wird eine Art Wunderheilungsfunktion zugeschrieben. Die Therapeutin spürt Verstörung, Überforderung und Verärgerung in sich aufsteigen, sie entwickelt konträre Hypothesen zu jenen der Klientin, traut sich diese aber nicht anzusprechen, da sie mit großer Verärgerung der Klientin rechnet. Sie setzt auf die nächste Supervision.

Was dieses Buch kann und will

Wenn wir also in diesem Buch »Persönlichkeits«- oder strukturelle Störungen (auf den unterschiedlichen Bedeutungsgehalt dieser Begriffe wird noch einzugehen sein) systemisch »behandeln« wollen, so stellen sich auf der Ebene der theoretischen Konzeptualisierung folgende Fragen:

Wie können wir überhaupt »systemisch« über Persönlichkeitsstörungen nachdenken?

Gibt es bestimmte systemische Paradigmen, die sich besonders gut oder besonders schlecht für die Konzeptualisierung, also für das »Denken über« Persönlichkeitsstörungen eignen?

Wo sind die Grenzen bzw. Spielräume einer systemischen Konzeptualisierung von »Persönlichkeitsstörungen« auf der theoretischen wie auf der therapiepragmatischen Ebene?

Welche neuen Metaphern und Landkarten können hilfreich sein?

Wie können Konzepte aus anderen Therapierichtungen nutzbar gemacht werden, ohne dabei die Grundsätze systemischen Denkens aufzugeben?

Und wie realisieren wir unser »typisch systemisches Handwerkszeug« unter Nutzung dieser neuen Landkarten?

Auf einer praxisnahen Ebene lauten die Fragen:

Gelten im therapeutischen Umgang mit Personen mit Persönlichkeitsstörungen die gleichen handlungsleitenden Prämissen wie bei anderen Klienten?

Welche Interventionen sind eher zu fokussieren, welche sind in diesem Fall weniger nützlich als bei anderen Störungen?

Welche spezifischen Probleme (Störungen der therapeutischen Beziehung, Krisenhaftigkeit ...) sind zu erwarten und wie gehen wir damit um?

In diesem Buch wollen wir uns nicht nur mit diesen Fragen beschäftigen, sondern auch anhand vieler Fallbeispiele versuchen, »nützliche und schöne« Ideen zu kreieren, wie »Persönlichkeitsstörungen« systemisch behandelt werden können.

1.2 Grundsätze systemischer Therapie

Angesichts der großen Binnendifferenzierung systemischer Therapie – sie kann konversational sein, narrativ, strategisch, strukturell oder hypnosystemisch und sie kann »problem-« oder »lösungsorientiert« sein – weist Tom Levold (Levold u. Wirsching 2014) darauf hin, dass der systemische Ansatz »keine einheitliche, inhaltlich konsistente Arbeitsphilosophie darstellt, sondern eine Vielzahl von Konzepten und theoretischen Modellen umfasst, die untereinander mehr oder weniger anschlussfähig sind, aber gemeinsame Grundorientierungen und -haltungen aufweisen«.

In einem ersten Schritt wollen wir diese »gemeinsamen Grundorientierungen und -haltungen« anhand folgender Merkmale systemischer Therapie beschreiben²:

1. Nicht individualisieren (also Personen keine Eigenschaften zuschreiben)
2. Nicht pathologisieren (also Personen keine Defizite zuschreiben)
3. Stattdessen: interaktionelle Muster und Zusammenhänge beschreiben (In welchem Kontext entsteht ein Problem?)
4. Nach Funktionen und guten Absichten von Symptomen suchen
5. Die Konstruktion von Permanenz vermeiden, statt dessen Erzeugung von Unterschieden (Wann tritt ein Problem nicht auf?)

.....
2 Ähnlichkeiten zu Kurt Ludewigs »10+1 Leitsätzen und Leitfragen« (Ludewig 1987) sind keineswegs zufällig.

6. Die Fähigkeit zur Veränderung unterstellen, aber neutral bleiben im Bezug auf die individuelle Lösung
7. Mögliche negative Auswirkungen der gewünschten Veränderung beachten
8. Therapieauftrag und die Erwartungen aller Beteiligten erfragen
9. In diesem Sinn zielorientiert arbeiten
10. Ressourcen und kleine Erfolge fokussieren

Traditionell definiert sich systemische Therapie also über den Verzicht auf eine dezidierte Störungslehre und die Ablehnung der Diagnose von »Störungen« oder gar »psychischen Krankheiten« samt traditionellen Psychopathologie-Konzeptionen und störungsspezifischen Behandlungsansätzen (was sich mit der Reihe »Störungen systemisch behandeln« allerdings gerade ändert). Im wohl bekanntesten Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung von Jochen Schweitzer und Arist von Schlippe (und Lehrbücher formulieren ja meist den aktuellen fachlichen Konsens) heißt es dazu:

»Ihre Stärke liegt vor allem darin, Gesundheitsstörungen als Teil schwieriger Lebenslagen und zwischenmenschlicher Beziehungen umfassend und schnell zu verstehen und sie durch die Gestaltung eines Kooperationskontextes mit gesundheitsförderlicheren Beziehungsmustern positiv zu beeinflussen« (von Schlippe u. Schweitzer 2012: 12).

Schwierige Lebenslagen – eben ein bestimmter lebensgeschichtlicher Kontext – sind also das Agens der Störung.

Im Unterschied zu vielen anderen therapeutischen Methoden steht daher am Beginn einer systemischen Therapie keine umfassende Diagnostik, sondern eine genaue Auftragsklärung – was will die Klientin ändern, wie definiert sie das Problem, welche Lösungen sind vorstellbar, welche Ziele werden angestrebt? Therapeutische Absichten, die jenseits des von Klienten formulierten »Auftragsbereiches« liegen, sind tabu.

Neben der grundsätzlichen Zurückhaltung gegenüber der Konzeptualisierung von Störungen und der mit der Persönlichkeitsstörungsdiagnose unweigerlich verbundenen Individualisierung von Problemen (»Personperspektivierung«), die sich nicht nur,