

Die Reihe zur störungsspezifischen Systemtherapie

Hrsg. von Hans Lieb
und Wilhelm Rotthaus

Störungen systemisch behandeln

Leseprobe

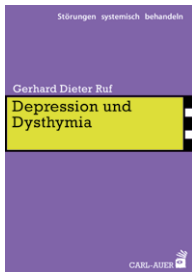
CARL-AUER



Diese Leseprobe enthält Auszüge aus den folgenden Büchern:



Hans Lieb
Störungsspezifische Systemtherapie
Konzepte und Behandlung
298 Seiten, Kt, 2014
€ (D) 29,95/€ (A) 30,80
ISBN 978-3-8497-0033-1
Band 1
Zusatzmaterial online



Gerhard Dieter Ruf
Depression und Dysthymia
192 Seiten, Kt, 2015
€ (D) 24,95/€ (A) 25,70
ISBN 978-3-8497-0078-2
Band 4
Zusatzmaterial online



Alexander Korittko
Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen
287 Seiten, Kt, 2016
€ (D) 34,95/€ (A) 36,-
ISBN 978-3-8497-0114-7
Band 5
Zusatzmaterial online



Elisabeth Wagner/
Katharina Henz/Heiko Kilian
Persönlichkeitsstörungen
231 Seiten, Kt, 2016
€ (D) 24,95/€ (A) 25,70
ISBN 978-3-8497-0144-4
Band 6



Wilhelm Rotthaus
Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen
246 Seiten, Kt, 2017
€ (D) 29,95/€ (A) 30,80
ISBN 978-3-8497-0152-9
Band 7
Zusatzmaterial online

Störungen systemisch behandeln

Hans Lieb

**Störungsspezifische
Systemtherapie**
Konzepte und Behandlung

CARL-AUER



Über das Buch

Störungsspezifische Systemtherapie? Kann es das geben? War die Entwicklung der systemischen Therapie nicht immer mit einer vehementen Kritik der Störungsorientierung verbunden? Nicht ganz, wie Hans Lieb in diesem ersten Band der neuen Reihe „Störungen systemisch behandeln“ aufzeigt: Schon in der frühen Phase der Systemtherapie gab es eine Orientierung auf „Störungen“. Im Zuge ihrer wissenschaftlichen und sozialrechtlichen Anerkennung gilt es nun, die systemische Therapie mit Bezug auf spezifische Störungen weiterzuentwickeln.

Hans Lieb greift die Argumente pro und contra Störungsorientierung auf und zeigt, dass man als Therapeut sowohl seine systemische Identität bewahren als auch störungsbezogen denken und handeln kann. Er verbindet theoretische Erläuterungen zu Systemtheorie und Systemtherapie mit praktischen Beispielen. Die Geschichte der Psychotherapie und ihres Umgangs mit Diagnosen wird ebenso betrachtet wie das Gesundheitswesen mit seinen Professionen und Rollen. Hier kommt es dem Autor vor allem darauf an, die Rolle einer störungsspezifischen Systemtherapie als professionelles Mitglied im Gesundheitswesen zu definieren. Eine Charta zur störungsspezifischen Systemtherapie gibt seinen Ausführungen einen leitenden Rahmen und lädt ein zu weiteren Diskussionen.

„Ein wichtiges Buch, im besten Sinn verstörend. Unbedingt studieren!“

Wolfgang Loth, Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung

Juli 2014

3 Charta einer störungsspezifischen Systemtherapie: Was sie ist und was sie nicht ist

3.1 Positionen einer Charta zur störungsorientierten Therapie

Zum Konzept der Reihe »Störungsspezifische Systemtherapie« gehört die Entwicklung einer Charta. Sie soll Merkmale einer systemischen Identität auf diesem Gebiet benennen. Dies hat gleichermaßen einen deskriptiven wie einen normativ-präskriptiven Charakter: Sie beschreibt, was sie ist, und sagt, was sie sein soll.

3.1.1 Vier mögliche Positionen zur Störungsorientierung

1. Aus der Sicht der störungsspezifischen Systemtherapie kann es sinnvoll sein, bestimmte Phänomene als »Symptom«, »Störung« oder »Krankheit« zu bezeichnen. Nicht sinnvoll ist es aus dieser Sicht, »Gesundheit«, »Ungestörtheit« bzw. »Symptomfreiheit« zu beschreiben und zu definieren. Störungsspezifische Systemtherapie markiert nicht, was »positives Leben« ist. Ziel der Therapie ist es demnach, »nicht mehr symptombelastet, gestört oder krank« zu sein. Was das jeweils positiv bedeutet, bestimmen Klienten zu Beginn der Therapie oder in deren Verlauf selbst.
2. Wenn die störungsorientierte Systemtherapie im gesellschaftlichen Funktionsbereich des Gesundheitswesens als Heilverfahren anerkannt sein will, muss sie an dessen typische Leitunterscheidungen (»gesund - krank«, »gestört - ungestört«, »pathologisch - normal«) ankoppeln. Sie muss das so tun, dass sie ihrer systemischen Grundannahmen nicht verlustig geht. Das ermöglicht hinsichtlich der in Punkt 3 beschriebenen Positionen am besten Position 4.
3. Es ist sinnvoll, vier mögliche Positionierungen auf dem Feld der Codierung und der Therapie von »Symptomen, Störungen, Krankheiten« zu unterscheiden:

1) »Pro Störungsorientierung« (formal: SO)

Danach ausgerichtete Ansätze unterlegen ihren Therapien eine nosologische, Krankheiten systematisch beschreibende Klassifikation, aus der sie ihr therapeutisches Handeln ableiten (Beispiel: Leitlinientherapie).

2) Aktive Negation von Position 1:

»Nicht-Störungsorientierung« (formal: NSO)

Danach ausgerichtete Ansätze lehnen die Verwendung nosologischer Klassifikationen aktiv ab. Diese Position könnte daher auch »Kontra-Störungsorientierung« genannt werden. Sie basiert auf theoretischen, ideologischen oder empirischen Überlegungen.

3) Passive Negation von Position 1:

»Weder – noch«, d. h. »Weder Störungsorientierung noch Nicht-Störungsorientierung« (formal: Nicht SO und Nicht NSO)

Danach ausgerichtete Ansätze vertreten weder Position 1 (Störungsorientierung) noch sprechen sie sich gegen sie aus. Sie beruhen daher auf einer einfachen und einer doppelten Verneinung (sie verneinen die Störungsorientierung und sie verneinen die Verneinung von Störungsorientierung).

4) Sowohl-als-auch: »Sowohl Störungsorientierung als auch Nicht-Störungsorientierung« (formal: SO und NSO)

Position 4 vertritt in Abkehr von der traditionellen abendländischen Logik, für die eine Aussage nicht gleichzeitig wahr und falsch sein kann, beide Positionen. Da eine synchrone zeitliche Organisation (beides zur gleichen Zeit) schwierig ist, geschieht das eher in Form einer zeitlichen Organisation (nacheinander) oder in Form eines Splittings. Im Splitting vertritt eine Instanz die eine und die andere Instanz die andere Seite in gegenseitiger Anerkennung. Abbildung 1 fasst diese Positionen zusammen:

Position 1 Pro Störungsorientierung Formal: SO	Position 4 Störungsorientierung und Nicht-Störungsorientierung Formal: SO und NSO
Position 3 Weder Störungsorientierung noch Nicht-Störungsorientierung Formal: Nicht SO und Nicht NSO	Position 2 Nicht-Störungsorientierung Formal: NSO

Abb. 1: Formale Positionen zur Störungsorientierung. Position 1 und 2 können als parteilich, 3 und 4 als unparteilich oder neutral bezeichnet werden (in Anlehnung an das Tetralemma nach Simon 2012a, S. 167).

3.1.2 Bewertung der Positionen aus Sicht einer störungsorientierten Systemtherapie

Position 1 wird als problematisch angesehen, weil sie den therapeutischen Handlungsraum dadurch einengt, dass sie alle anderen Codierungen außer der eigenen ausschließt.

Position 2 wird kritisch bewertet, weil sie die eigene Identität auf der Negation von etwas aufbaut und so an dieses gebunden bleibt. Sie verbraucht auf vielen Ebenen viel Energie in der aktiven Negation.

Position 3 wird positiver als 1 und 2 bewertet, weil die für beide genannten negativen Aspekte entfallen. Problematisch an Position 3 ist, dass sie ggf. blind sein kann für jene spezifischen Aspekte menschlichen Leidens, die von manchen Instanzen als »Symptom«, »Störung« oder »Krankheit« bezeichnet (codiert) werden. Sie läuft dann Gefahr, nicht nur nicht störungsspezifisch, sondern auch nicht störungsrelevant zu sein.

Position 4 wird positiv bewertet, weil sie alle positiven Aspekte (Wissensbestände und Pragmatiken) der anderen Positionen vereinen kann. Sie kann so auch im konstruktiven Diskurs mit Experten der Positionen 1, 2 und 3 bleiben.

Aus der Systemtheorie selbst lassen sich weder bestimmte Interventionen für die Therapie oder für den Umgang mit Klienten mit »Symptomen«, »Störungen«, »Krankheiten« ableiten noch deren Ablehnung. Kennzeichen einer Therapietheorie ist, wie sie Phänomene beschreibt und erklärt, und nicht, welches Handeln sie empfiehlt. Aus der Systemtherapie lassen sich allerdings Hinweise ableiten, wie die Kommunikation mit Klienten so gestaltet werden kann, dass bei diesen nützliche Perturbationen wahrscheinlicher werden.

Die Bezeichnung eines Phänomens als »Symptom«, »Störung« oder »Krankheit« (Diagnose) ist ein Akt, der in der sozialen Welt stattfindet. Das gilt insbesondere, wenn diese Markierungen von Personen, die damit bezeichnet werden, in ihre Selbstbeschreibungen übernommen werden. Nur die Welt sozialer Interaktionen und Kommunikationen kann diese Unterscheidungen hervorbringen. Der Organismus (Biologie/Soma) und die Psyche selbst unterscheiden nur zwischen Überleben und Nichtüberleben.

In der wissenschaftlichen Theoriebildung zu »Symptomen«, »Störungen«, »Krankheiten« sollte zwischen Beschreibung, Bewertung und Erklärung unterschieden werden. Die Beschreibung und die damit zusammenhängende Klassifikation beschriebener Phänomene als »Symptom«, »Störung« oder »Krankheit« widerspricht nicht der Systemtheorie. Mit der Systemtheorie ist es allerdings nicht zu vereinbaren, wenn Verhalten, Fühlen oder Denken einer Person oder eines Systems mit dem Vorliegen einer »Störung« bzw. »Krankheit« erklärt wird.

Merkmale einer störungsspezifischen Systemtherapie sind:

- Sie koppelt so an Personen oder Systeme, die mit klinischen Codierungen operieren, an, dass bei Hilfe suchenden Klienten positive Entwicklungen möglich werden und dass die Kommunikation mit Experten, die solche Diagnosen verwenden, fruchtbar gestaltet werden kann.
- Wenn sie selbst solche Diagnosen verwendet, bringt sie diese stets als eine mögliche Wirklichkeitskonstruktion in die Kommunikation ein und nicht als »Wahrheit« in Form einer »wahren Diagnose«. Sie vermittelt, dass solche Bezeichnungen keine Merkmale der damit bezeichneten Personen oder Systeme sind, sondern Zuschreibungen von außen.

Systemtheorie und Konstruktivismus unterscheiden zwischen Beobachtungen I. Ordnung (B1O) und Beobachtungen II. Ordnung (B2O). Die traditionelle medizinische Krankheitslehre gehört zu Ersteren und wurde auf das Gebiet der Psychiatrie und der Psychotherapie übertragen. Aus einer B2O-Perspektive kann per se keine positive oder negative Bewertung von Beobachtungen der Ebene B1O abgeleitet werden. Wenn man mit der B2O-Perspektive die Beobachtung I. Ordnung beobachtet, kommt vor allem der Kontext der B1O-Beobachtungen in den Blick. Man sieht dann, wie die jeweiligen sozialen Kontexte die Beobachtungen der Beobachtung I. Ordnung prägen: private, gesundheitspolitische und wirtschaftliche.

Ein herausragendes Bewertungskriterium für jede Therapieschule muss der Nutzen sein, den sie für ihre Klientel, deren Angehörige und für Ökonomie und Ökologie eines Gesundheitswesens hat. Empirische Evaluationen sind daher Bestandteil der störungsspezifischen Systemtherapie.

Die Kernmerkmale von Systemtheorie und Konstruktivismus gelten auch für die störungsspezifische Systemtherapie. Dazu gehören u. a.:

- Psyche, Soma (Biologie) und Kommunikation sind jeweils autopoietische Systeme: Sie erzeugen ihre Elemente und ihre Grenzen vermittelt durch ihre Operationen selbst.
- Die Theorie ist bewusst abstrakt gehalten. Das ermöglicht es, die Systeme Biologie, Psyche und Kommunikation bzw. soziale Interaktion auf einer so allgemeinen Ebene zu beschreiben, dass diese Theorie auf alle drei Systeme anwendbar wird. Sie ist daher als Metatheorie geeignet für Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik.
- Prozesse, die zu »Störungen«, »Symptomen« oder »Krankheiten« führen, unterscheiden sich in qualitativer Hinsicht nicht von denen, die zu als »gesund« oder »normal« bezeichneten Phänomenen führen. Sie tun das allenfalls in quantitativer Hinsicht.
- Eine instruktive Interaktion bzw. die Steuerung eines autopoietischen Systems von außen - durch die Umwelt oder durch ein anderes System - ist nicht möglich. Es gibt aus systemischer Sicht keine instruktiven Veränderungen von Psyche, Soma oder Kommunikation durch Therapie. In Therapien erzielte Veränderungen sind das Ergebnis von Interaktionen zwischen Therapeut und Klientensystem. Veränderungen in Psyche, Soma oder Kommunikation sind Ausdruck von Perturbationen des Systems, das sich verändert. Psychotherapie findet ausschließlich im kommunikativen Raum statt.
- Ein Kernmerkmal der Systeme »Psyche« und »Kommunikation«, das sie von anderen Systemen unterscheidet, ist deren Sinnkonstituierung. Sie operieren im Medium Sinn und erzeugen Sinn.

Die in Punkt 3 beschriebenen vier Positionen entstammen den logischen Möglichkeiten, Konflikte zu organisieren. In dem als »Tetralemma« bezeichneten Vier-Felder-Modell geht es nicht um die Inhalte von Konflikten, sondern um deren logische Formen:

Die störungsspezifische Systemtherapie tut gut daran, eine Position der Neutralität (also nicht Position 1 und 2) einzunehmen. Position 3 (weder störungsorientiert noch nicht störungsorientiert) ist für viele therapeutische Prozesse sicherlich eine gute Lösung, weil man jenseits von Pro und Kontra ganz neue Aspekte in den Blick nehmen kann. Sie ist dabei im klinischen System oft wenig ankoppelungsfähig, zumal Patienten selbst (von sich aus oder vorgeprägt durch Zuweiser-Systeme) mit dem Störungsbegriff operieren. Dann empfiehlt sich schon allein, um die Ankoppelung an diese Markierungen zu ermöglichen, Position 4.

Ein Fallbeispiel aus der Supervisionspraxis des Autors:

Eine Kollegin in einer psychosomatischen Klinik berichtet von einer »schwierigen« Patientin, die im Vorfeld und auch von der Therapeutin in der Klinik mit »starken Diagnosen« belegt wird: Borderline-Patientin und süchtig, außerdem vermutlich suizidal. Demgegenüber beschreibt die Patientin sich als »normal« und wehrt alle in Richtung solcher Diagnosen gehenden Zuschreibungen von Therapeuten

ab. Hier haben wir eine Pro-Störungsorientierung auf Therapeutenseite und eine Kontra-Störungsorientierung auf Patientenseite. Der Supervisor, zunächst geneigt, eine störungsorientierte Kontra-Position einzunehmen, wählt die neutrale Position 4 und entwickelt auf dieser Basis mit dem Team folgende Lösungen: Die Therapeutin wird der Patientin offen und transparent ihre Diagnosen mitteilen und darlegen, dass das »nur« ihre Beschreibung der Patientin ist und keine »objektive Diagnose«. Sie wird ihr erklären, aufgrund welcher Beobachtungen und

Erfahrungen mit dieser Patientin sie zu diesen Diagnosen kommt. Dazu gehörte z. B., dass die Patientin vier Suizidversuche hinter sich hatte und dreimal schweren Vergewaltigungen (also einem wiederholten Trauma) ausgesetzt war, was diese aus Sicht der Therapeutin aber in ihren Selbstbeschreibungen »bagatellisiere«. Die Patientin sollte hier die Möglichkeit erhalten, diese Beschreibung durch die Therapeutin zu bewerten und ggf. auch zu verwerfen. Dann sollten beide Seiten klären, wie eine produktive weitere Zusammenarbeit aussehen könnte, wenn oder gerade weil hier verschiedene Arten von Beschreibung und Selbstbeschreibung aufeinandertreffen. Mit dieser Sowohl-als-auch-Position fühlte sich die Therapeutin entlastet und für die nächste Therapiesitzung gut gerüstet.

Man kann diesem Beispiel auch entnehmen, wie systemisch ausgerichtete Supervisoren durch Position 4 klinische Kollegen supervidieren können, die explizit von Position 1 (Störungsorientierung) ausgehen und diese, warum auch immer, nicht verlassen können oder wollen. Erkenntnistheoretisch ist es angemessen, Position 4 aus einer Position der Beobachtung II. Ordnung heraus zu beschreiben. Diese beobachtet Beobachter bei ihrem Beobachten, hier störungsorientierte Therapeuten bei ihren Patientenbeobachtungen auf der Basis ihrer Störungskategorien. Sie beobachtet die Selbstbeschreibung von Patienten und deren Reaktionen auf die Diagnosen ihrer Therapeuten. Dann beobachtet sie auch systemische Supervisoren, die andere Beschreibungsformen bevorzugen, in der Regel die Beschreibung von Beziehungen, und dann die Begegnung solcher Perspektiven im Versuch, sie in einen konstruktiven Dialog miteinander zu bringen. Wenn von systemischer Seite die Verwendung von Position 1 aktiv verneint bzw. abgelehnt wird, ist dies keine neutrale Position. Systemiker, die sich für Position 2 entscheiden, sind in sich zwar kon-

fliktfrei, geraten aber mit Vertretern von Position 1 in Konflikt. Möglicherweise wird dieser verschärft durch einen Vorgang, den die Psychoanalyse »projektive Identifikation« nennt: Dann schreibt man der anderen Seite (Position 1) zu, was man selbst zur Wahrung der eigenen Identität nicht darf (hier das Handeln mit Störungsbegriffen). Position 3 (weder/noch) ist für Systemtherapeuten im Falle einer sozialrechtlichen Anerkennung der Systemtherapie im Gesundheitswesen nicht mehr möglich. Wie eine störungsspezifische Systemtherapie sich hier im Gesundheitswesen positionieren kann, wird in Kapitel 9 erörtert.

Was die Bewertung der Nützlichkeit eines Therapieansatzes betrifft, ist die störungsspezifische Systemtherapie natürlich gezwungen, sich auch daran messen zu lassen, ob oder wie sehr sie zu Symptomveränderungen beiträgt. Wenn es aus anderen Schulen Interventionen gibt, die zum Wohle von Patienten Symptome reduzieren (evaluative Nützlichkeit), kommt sie nicht umhin, diese klinischen Pragmatiken in ihr Repertoire aufzunehmen - als Handlung und durch deren systemtheoretische Beschreibung und Erklärung.

3.2 Was die störungsspezifische Systemtherapie nicht ist

Die störungsspezifische Systemtherapie ist keine alle Therapieschulen integrierende Metatheorie, wie es z. B. Grawe zu beschreiben versucht hat (Grawe 1995, 2004). Aus systemischer Sicht gibt es keine Metatheorie, die nicht selbst von bestimmten Prämissen ausgeht, welche nicht alle Schulen teilen. Sofern die störungsspezifische Systemtherapie Aspekte anderer Schulen integriert, tut sie das aus systemtheoretischer Sicht.

- Störungsspezifische Systemtherapie ist keine kontextlose Beschreibung/Klassifikation von Phänomenen »an sich«. Vielmehr gehört die Beschreibung des Kontextes dieser Phänomene, ebenso wie die ihrer Beobachtungen, dazu.
- Störungsspezifische Systemtherapie ist keine Ansammlung von Behandlungsmethoden. Sie ist keine Liste von Interventionen für Symptome oder Krankheiten. Störungsspezifische Systemtherapie ist zuerst eine theoretisch fundierte Denkweise.
- Mit störungsspezifischer Systemtherapie verbindet sich keine Bewertung der Phänomene, die mit dem Begriff »Störung/Krankheit« markiert werden. Bewertungen sind stets solche von Beobachtern und gehören zu deren Kontexten. Merkmal der Systemtherapie ist es in der Regel, sich in der Bewertung von Symptomen neutral zu halten bzw. vorhandene Bewertungen durch Einführung neuer Bewertungen zu verstören. Dazu gehört die Position der Neutralität hinsichtlich »Veränderung und Bewahrung«.
- Auch Vertreter von Position 2 (Ablehnung der Verwendung von Störungskategorien) müssen in einer störungsspezifischen Systemtherapie ihren Platz haben. Ihre Kontra-Argumente müssen berücksichtigt und fruchtbringend genutzt werden (vgl. Kapitel 6).
- Aus der störungsspezifischen Systemtherapie lässt sich keine positive oder negative Wertung anderer Therapieschulen oder therapeutischer Pragmatiken ableiten. Man kann also nicht aus »systemischen« Gründen tiefenpsychologisches Deuten oder verhaltenstherapeutisches Trainieren positiv oder negativ bewerten.

Über den Autor



Hans Lieb, Dr. phil., Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut; Ausbildung in Verhaltenstherapie, NLP, Gesprächspsychotherapie, Systemtherapie. Lehrtherapeut und Lehrsupervisor in Systemischer Therapie (IFW, A&E und SG) und Verhaltenstherapie (IFKV Bad Dürkheim), Gesprächspsychotherapie, NLP. Psychotherapeut ECP. Langjährige Tätigkeiten in Sucht- und psychosomatischen Kliniken, zuletzt als leitender Psychologe. Praxis in Edenkoben (Rheinland-Pfalz) für Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, Supervision (Ausbildung/Einzel/Gruppen/Team). Publikationsschwerpunkte: Ausbildungskonzepte für die Psychotherapie; Bibliotherapie Psychosomatik; Therapieschulenbegegnung; Menschenbilder der Psychotherapieschulen. Veröffentlichung u. a.: So hab ich das noch nie gesehen. Systemische Therapie für Verhaltenstherapeuten (2009).

Kontakt: www.hans-lieb.de

Störungen systemisch behandeln

Gerhard Dieter Ruf

Depression und Dysthymia

CARL-AUER 

Über das Buch

Depressionen gehören mittlerweile zu den häufigsten Gründen für Krankschreibungen und sind die häufigste Ursache für Frühberentung. Klassische medizinische Erklärungs- und Behandlungsmodelle scheinen daran nichts zu ändern. Der Psychiater Gerhard Dieter Ruf plädiert für ein Verständnis, das Depressionen und chronische Verstimmungen nicht nur biologisch, sondern auch unter sozialen Aspekten betrachtet. Die „Krankheit“ erscheint dann nicht als unausweichliches Schicksal, sondern kann als Ausdruck nicht stimmiger Lebensumstände Sinn gewinnen. Systemische Therapie versucht, solche alternativen Sichtweisen anzubieten, sie auf Nützlichkeit zu prüfen und für Klienten fruchtbar zu machen.

„Dieses Buch kann man für bereits praktizierende wie auch für Systemtherapeuten in Ausbildung nur wärmstens empfehlen. Nach einer konzisen Zusammenfassung des systemischen Störungsmodells für Depression und Dysthymie gibt der Autor einen umfassenden Überblick über die Methoden und Techniken, die einer systemischen antidepressiven Therapie zur Verfügung stehen.

Eine Fülle kreativer Ideen und Vorschläge, die durch instruktive Fall vignetten veranschaulicht werden, belegt die Praktikabilität des systemischen Störungsmodells in unterschiedlichen Kontexten und Settings.

Therapeuten kann das Buch davor bewahren, angesichts der Weigerung ihrer Patienten, sich effektiv helfen zu lassen, deren Hilfs- und Hoffnungslosigkeit zu übernehmen.“

Prof. Dr. Roland Schleiffer
Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln

5.2 Schwerpunkte bei der Depression

5.2.1 Positive Konnotation

Depressive Menschen fokussieren ihre Aufmerksamkeit willkürlich oder unwillkürlich auf negative und schmerzliche Erfahrungen und schaffen es, selbst erfreuliche Erlebnisse negativ zu bewerten, indem sie deren Ende in den Vordergrund rücken. Vor dem Hintergrund perfektionistischer Leistungsansprüche an sich selbst werten sie sich selbst ab.

Depressive Patienten laden das Umfeld und auch ihre Therapeuten dazu ein, entweder emphatisch auf die depressive Stimmung und Sichtweise einzuschwingen oder einen unterstützenden Hilfsaffekt zu zeigen und sie aufzumuntern.

Aus dieser »Problem-Trance« (Schmidt 2001) führen allerdings die alltäglichen Beschwichtigungen des Umfelds, dass alles doch nicht so schlimm sei, nicht heraus. Im Gegenteil: Depressive Menschen bewerten auch solche Äußerungen anderer als Beweis, dass sie selbst unfähig und nicht einmal in der Lage seien, Positives zu erkennen oder umzusetzen. Auch an die Therapie werden unverhältnismäßig hohe Erwartungen gesetzt, und alles, was geschieht, wird negativ bewertet und verstärkt die negative Sichtweise. Selbst positive Veränderungen in der Therapie können zu depressiven Reaktionen führen, wenn der Patient anschließend seine bisherige Lebensgestaltung mit der Sichtweise abwertet, dann müsse er vorher alles falsch gemacht haben.

Aus diesem Dilemma kann eine positive Konnotation der bisherigen Denk- und Verhaltensweisen des Patienten einschließlich seiner depressiven Sichtweise herausführen. Einerseits sind das Leiden des Patienten infolge seiner bisherigen belastenden Lebenserfahrungen wie auch seine Leistungen

und Bemühungen für die Familie, für den Arbeitgeber oder auch in der Psychotherapie anzuerkennen und zu würdigen. Andererseits kann der Kreislauf der Selbstabwertung gestört werden, wenn man die Selbstabwertung selbst als sinnvoll bewertet und positiv konnotiert, zumindest nach den bisherigen Lebenserfahrungen des Patienten (Ruf 2005).

»Wozu könnte es gut sein, wenn Sie sich selbst abwerten?
Welche Vorteile hat Ihre pessimistische Lebenseinstellung?«

5.2.2 Herausarbeiten der Funktion der Depression

Die positive Konnotation leitet über zur Besprechung der Funktion der Depression im sozialen Umfeld. Die Folgen der Depression können erörtert werden, und der Therapeut kann Umdeutungen anbieten (Reframing), um den willentlichen Einfluss auf die Depression zu erhöhen.

Wichtig ist dabei vor allem eine therapeutische Konstruktneutralität bezüglich der Frage, ob eine willentlich nicht beeinflussbare Krankheit oder ein durch bewusstes Verhalten lösbares Problem vorliegt. Das Etikett der psychischen Krankheit kann zu einem hohen subjektiv erlebten Gewinn führen, weil es in unserer Gesellschaft, in der Arbeitswelt und in der Familie einen depressiven Rückzug erlaubt, ohne dass der Betroffene dafür zur Verantwortung gezogen würde. Er bekommt Schonung und Zuwendung, ohne sich rechtfertigen zu müssen.

Folgende Fragen können zum Nachdenken darüber anregen:

»Was hat sich durch die Depression in Ihrer Familie geändert? Ist die Beziehung zu Ihrer Frau enger oder distanzierter geworden? Wie haben die Kinder reagiert?«

Manche Menschen denken, sie müssten immer selbst stark

sein und ihre Probleme selbst lösen. Erst nach dem völligen Zusammenbruch und mit dem Krankheitsstempel einer Depression erlauben sie sich, Hilfe von anderen anzunehmen.

Der 36 Jahre alte Herr F. war von seiner Frau betrogen und dann verlassen worden; die beiden kleinen Kinder nahm sie mit. Davor hatte das Ehepaar gemeinsam das vom Schwiegervater übernommene Lebensmittelgeschäft geführt und Geld investiert, die Darlehen liefen aber nur auf seinen Namen. Nun führte die Frau das Geschäft weiter, während er nicht nur arbeitslos war, sondern auch noch diese Schulden tilgen und Kinderunterhalt zahlen musste. Er wurde depressiv, antriebs- und motivationslos, zog sich zurück, verweigerte die Nahrung und nahm 13 kg an Gewicht ab. Zwei stationäre Behandlungen in psychosomatischen Kliniken erbrachten keine wesentliche Besserung. Seine Motivationslosigkeit beschrieb er mit der Metapher des »inneren Schweinehunds«. Nach der zweiten Therapiesitzung gab ich ihm die Hausaufgabe, zu überlegen, wozu der »innere Schweinehund« gut sein könnte. Bis zur dritten Sitzung hatte er lange darüber nachgedacht und meinte, die Depression sei gut, weil er die Erfahrung gemacht habe, dass andere ihm dann helfen. Diese Intervention bewertete er im Rückblick bei Therapieende als für ihn die wichtigste, weil sie ihn aus seiner Lethargie geholt und ihm zu einer aktiven Haltung verholfen habe.

Der depressive Rückzug kann als Erschöpfung und Erholungsphase nach jahrelangem Kampf und jahrelangem Sich-Übernehmen gedeutet werden. Diese Deutung als Erschöpfung impliziert, dass sie eine gewisse Zeit dauert und dann von allein wieder aufhört, wenn man sich erholt hat.

»Überlegen Sie sich zehn Methoden, wie Sie sich besser ausruhen können, nachdem Sie jahrelang gekämpft und sich übernommen haben.«

Die Umdeutung der Depression als »Rückzug in einer schwie-

rigen Lebenssituation« macht dem Patienten ein Sinnangebot und weicht gleichzeitig das Krankheitskonzept auf.

»Wann haben Sie sich zum Rückzug aus Ihren Aktivitäten entschlossen? Was hat Sie dazu bewegt? Wozu ist der innere Rückzug gut?«

In anderen Fällen können die depressiven Symptome als Signale umgedeutet werden, die darauf hinweisen, dass der Patient schlecht mit sich umgegangen ist und eigene Bedürfnisse ignoriert hat. Er sollte diesen Bedürfnissen mehr Rechnung tragen. Wenn der Patient diese Umdeutung annimmt, kann man ihn davor warnen, die Depression auf Dauer zum Verschwinden zu bringen, da ein solches Warnsignal hin und wieder hilfreich sein könnte.

Manche Patienten erleben sich in der Depression kreativer als sonst. Dann kann besprochen werden, wie sie die Depression wieder herholen können, wenn sie zu lange wegbleibt.

»Sie haben gesagt, dass Ihre kreativen Ideen nur in Zeiten der Depression kommen. Dann könnte es ja problematisch werden, wenn die Depression zu lange wegbleibt. Was müssten Sie tun, um die Depression wieder herzuholen?«

Unter Einhaltung einer Veränderungsneutralität sollte man die Chancen und Risiken von Veränderung abwägen und eher vor den Konsequenzen eines möglicherweise befürchteten Harmonieverlusts warnen.

Manche Patienten »klammern« und sehen die Psychotherapie quasi als Stütze und den Therapeuten als Ansprechpartner, wenn im sonstigen privaten Umfeld keine ausreichenden Bezüge vorhanden sind. Dann besteht die Gefahr, dass die Therapie die bestehende Chronifizierung der Depression unterstützt, weil die Patienten sich in den regelmäßigen The-

rapiesitzungen so wohlfühlen, dass sie selbst in ihrem Umfeld nichts ändern müssen. In diesem Fall kann Nichtveränderung als positiv konnotiert und vor Veränderung gewarnt werden. Da bei Psychotherapie prinzipiell die Möglichkeit oder »das Risiko« von Veränderung besteht, müssten die Sitzungsabstände verlängert oder die Therapie beendet werden.

5.2.3 Hervorrufen einer aktiven Einstellung

Depressive Patienten tendieren dazu, sich auch in der Therapie passiv zurückzuziehen und ihre Hilflosigkeit zu betonen. Eine effektive Veränderung in der Therapie setzt aber ein aktives Handeln des Patienten voraus. Somit ist eine der wichtigsten Herausforderungen für den Therapeuten, eine aktive Einstellung beim Patienten hervorzurufen und zu erhalten (Linares u. Campo 2003). Der Therapeut sollte dafür zwischen den Polen aktiv - passiv selbst die passive Seite besetzen, um dem Patienten die aktive Seite offenzuhalten.

»Ich sehe, wie erschöpft Sie in Ihrer schwierigen Situation sind. Vermutlich ist die Depression eine Folge Ihrer Erschöpfung, und Sie brauchen Zeit, um sich zu erholen und wieder Kraft zu schöpfen. Glauben Sie, der Zeitpunkt ist schon gekommen, dass Sie aktiv in der Therapie mitarbeiten und notwendige Dinge verändern können? Wäre es vielleicht besser, Sie würden sich in Ihrem jetzigen schlechten Zustand in einer Klinik versorgen lassen, wo Sie keinen Anforderungen ausgesetzt sind und Abstand von Ihrem belastenden Umfeld haben?«

Der Therapeut kann zum Beispiel die passive Seite besetzen, indem er explizit als Schlussintervention »keine Hausaufgabe« gibt.

Die 45-jährige Frau E. klagte schon seit Jahren über depressive Verstimmungen und Antriebsmangel im Rahmen einer starken Belastung durch ihren Beruf und eine große Familie. Drei Jahre zuvor hatte sie bei mir in sieben Therapiesitzungen gelernt, sich mehr abzugrenzen und Dinge weniger perfekt zu machen. Nach einem Wechsel der Arbeitsstelle ging es ihr bis vor einem halben Jahr gut. Dann kamen wieder Überlastungsgefühle und Fantasien, die Familie zu verlassen und sich in einer anderen Stadt ein Zimmer zu nehmen. Wir begannen erneut eine Therapie. In der zweiten Sitzung ging es ihr nicht gut.

Patientin: »Ich schaff's einfach nicht. Es ist so lästig, dass mir im Moment einfach die Kraft fehlt. Jetzt habe ich endlich ein Zeitfenster, aber weder Antrieb noch Energie.«

Therapeut: »Dann müssen Sie zuerst mal auftanken und danach die eigenen Ziele verfolgen. Eins nach dem anderen.«

Patientin: »Auftanken klingt gut, ja.«

Therapeut: »Dann müssen Sie sich die Frage stellen: Wie? Sonst kommen Sie von einer Anstrengung in die andere. Bisher für die Familie da, dann kommt gleich wieder das nächste Projekt.«

Patientin: »Meine Lösung sah schon vor, wieder ein Projekt zu suchen.«

Therapeut: »Das ist ja nicht schlimm. Ich meine nur, dass Sie zuerst auftanken sollten, mit Betonung auf ›zuerst‹. Nicht ›nur‹ auftanken, sondern ›zuerst‹ ... Es kann auch sein, dass die Depression, oder wie man das auch nennt, Sie bremst, weil Sie Ruhe und Erholung brauchen.«

Patientin: »Es ist nur so, dass ich das fast nicht aushalte.«

Therapeut: »Das ist wahrscheinlich das Problem.«

Patientin: »Ich fühle mich einfach nicht wohl, wenn ich den ganzen Sonntag nichts mache, außer ein Buch zu lesen ... Ich habe ein phänomenal schlechtes Gewissen, wenn ich nichts für die Familie, den Beruf oder sonst etwas tue ... Da sollte schon etwas Produktives dabei rauskommen, wobei ich im Moment nicht produktiv bin.«

Therapeut: »Vielleicht geht es gerade darum, dass die Depression hilft,

mal nichts Produktives zu machen.«

Am Ende der Sitzung empfahl ich ihr, bis zu unserem nächsten Termin kein neues Projekt anzufangen. Sie bekam keine Hausaufgabe, sondern sollte das heutige Gespräch auf sich wirken lassen.

Als Therapeut die passive Seite zu besetzen, kann auch beinhalten, das Ungleichgewicht zwischen Pflicht und Vergnügen zu thematisieren und den Patienten zu ermutigen, sich seinem Vergnügen zu widmen.

Die Imagination der Lösung mit einer Erzählung aus dem Futur II kann eine Außenperspektive verschaffen und Impulse geben, die Passivität zu beenden.

Frau P. bekam im Alter von 33 Jahren eine Sinnkrise und wurde depressiv. Sie war kinderlos verheiratet, im Beruf unzufrieden und klagte über fehlende Anerkennung. Ich deutete die Depression als Zeichen, dass ein Entwicklungsschritt ansteht, und ermunterte sie, über ihre Bedürfnisse und Wünsche an ihr Umfeld und über ihre positiven Eigenschaften nachzudenken. In sieben Sitzungen kam es zu keiner wesentlichen Veränderung.

Therapeut: »Stellen Sie sich vor, wir sind 40 Jahre weiter, Ihre Depression ist weg, und Sie machen einen Rückblick auf Ihr Leben aus dem Jahr 2053. Wann haben Sie bemerkt, dass das Problem der Depression gelöst ist?«

Patientin: »Ich habe dann eine neue Arbeit oder ich bin Mutter geworden. Ich bin morgens aufgewacht und habe mir gesagt: »Jetzt muss ich etwas ändern.« Durch eine neue Arbeit habe ich auch neue Kontakte gefunden, wurde erfolgreicher im Beruf und bekam Anerkennung.«

In der achten Sitzung klagte sie immer noch über Stillstand. Sie wollte kein Kind, weil sie in ihrem »Loch« nicht in der Lage sei, sich um ein Kind zu kümmern, und befürchtete, in der Erziehung Fehler zu machen; ihre Mutter habe viel falsch gemacht. Ich bot eine Fokusverschiebung mit der Frage an, wie es ihre Mutter wohl geschafft habe, eine so tüchtige

und gewissenhafte Tochter zu haben. Bis zur neunten Sitzung hatte sie sich mit ihrem Mann zusammen entschieden, ein Kind zu planen, und die Pille abgesetzt. Sie hatte viel über den Rückblick auf ihr Leben nachgedacht. Dabei war ihr bewusst geworden, wie wichtig es im Hinblick auf ein sinnerfülltes Leben für sie war, ein Kind zu haben, und welche Ängste sie bisher davon abgehalten hatten. Damit erlebte sie ihr Problem als gelöst, und die depressive Symptomatik verschwand.

5.2.4 Depression ertragen lernen

Der bereits beschriebene Depressionskreislauf (Ruf 2005) führt zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung, wenn der Patient eine leichte und normale Befindensschwankung als Zeichen einer nahenden Depression wertet, seine entstehende Sorge zu einer Verschlechterung seiner Stimmung führt und schließlich in einem zirkulären Prozess wirklich in eine Depression mündet. Dann kann man dem Patienten diesen Kreislauf erklären und die Umdeutung einführen, sein Problem sei, dass er normale Befindensschwankungen und depressive Verstimmungen nicht ertrage. Hilfreich sei dann, diese ertragen zu lernen.

»Ihr Problem ist, dass Sie schon bei normalen Verstimmungen, die jeder Mensch immer wieder hat, eine nahende Depression befürchten. Die entstehende Sorge drückt Ihre Stimmung, das verstärkt die Sorge, die Stimmung wird noch schlechter usw. Schließlich werden Sie wirklich depressiv. Wenn Sie aus diesem Kreislauf herauskommen wollen, könnte ich Ihnen eine Aufgabe geben. Nehmen Sie sich jeden Tag eine Viertelstunde Zeit und lassen Sie alle depressiven Gedanken und Befürchtungen hochkommen, um die Depression ertragen zu lernen. Dann verliert sie mit der Zeit ihren Schrecken, und Sie können besser mit Befindensschwankungen leben.«

5.2.5 Das Opfer verdeutlichen

Bei manchen Patienten steht ein aufopferndes Verhalten im Vordergrund. Um die Zuneigung der Familie und den Familienzusammenhalt nicht zu gefährden, stellen sie eigene Bedürfnisse zurück und blockieren damit eine Veränderung. Dann kann ein Opferritual hilfreich sein.

Der 41-jährige Herr L. hatte einen strengen Vater und wurde von der Mutter immer als »der Blöde« hingestellt. Bei Therapiebeginn formulierte er als Ziel, den Eltern die Meinung zu sagen und sie nicht mehr zu besuchen. Im Lauf der Therapiegespräche kamen ihm aber immer mehr Bedenken, weil er sich dann gegenüber den Eltern rechtfertigen müsste und befürchtete, die Eltern würden ihn ignorieren und hinter seinem Rücken schlecht über ihn sprechen. Er hatte an sich auch den hohen moralischen Anspruch, die Eltern nicht im Stich zu lassen, wie es der Distanz suchende Bruder getan hatte. Ich deutete sein Problem um:

Therapeut: »Ihr Problem ist nicht fehlendes Selbstbewusstsein, sondern dass Sie mit Ihrem hohen moralischen Anspruch in Bezug auf Gerechtigkeit nicht dazu stehen, dass Ihnen die Eltern so wichtig sind und Sie sich deshalb nicht gegen sie wehren wollen, obwohl sie so mit Ihnen umgehen ...

Die Familie hat bei Ihnen oberste Priorität. Sie stellen Ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten der Familie zurück und wehren sich nicht, damit die Eltern sich nicht von Ihnen abwenden. Das ist ein hoher Wert und eine große Leistung von Ihnen. Ihr Problem ist nur, dass Sie sich mit diesem Opfer nicht abfinden können und damit hadern. Ich würde Ihnen eine Übung vorschlagen, damit Sie lernen, sich mehr damit abzufinden. Machen Sie aus einer Kommode einen Altar, stellen Sie die Bilder Ihrer Eltern drauf; betrachten Sie jeden Tag fünf Minuten diese Bilder und sagen Sie folgenden Satz: »Ich verzichte darauf, mich zu wehren, um euch nicht zu verletzen.«

In der folgenden Sitzung berichtete er, die Aufgabe habe ihm geholfen. Früher habe er mit sich gehadert: »Hättest du dich doch gewehrt!« Jetzt akzeptiere er es mehr: »Die Mutter ist, wie sie ist. Es hat keinen Sinn, sich zu wehren, das ändert nichts.« Nachdem sie ihm nach seiner Rückkehr aus dem Urlaub wieder Vorhaltungen gemacht habe, rede er seit zwei Wochen nicht mehr mit ihr.

Bei einem Teil der Patienten führt diese Aufgabe zum Aufbegehren und zur Veränderung. Ein anderer Teil der Patienten kann danach besser zum Opfer stehen, da sie die Entscheidung dafür noch einmal bewusst treffen. Oder sie finden einen Mittelweg.

Über den Autor

© Iris Bach



Gerhard Dieter Ruf, Dr. med., Systemischer Therapeut (IGST, SG, DGSF), Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie; Oberarztstätigkeit in Weinsberg, Leitung einer Abteilung der Rhein-Haardt-Klinik Bad Dürkheim, Fachklinik für Suchterkrankungen. Seit 1991 eigene Praxis in Asperg; Lehrender (DGSF) beim Bodensee-Institut für Systemische Therapie und Beratung.

Kontakt: www.psych-asperg.de

Störungen systemisch behandeln

Wilhelm Rotthaus

**Suizidhandlungen
von Kindern
und Jugendlichen**

CARL-AUER



Über das Buch

Jugendliche und Heranwachsende sind eine Gruppe mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten. Suizide sind in dieser Altersgruppe seit Jahren die zweithäufigste Todesursache nach Verkehrsunfällen. In jugendpsychiatrischen Kliniken stellen Suizidabsichten bzw. Suiziddrohungen einen der häufigsten Aufnahmeanlässe dar. Angesichts dieser Situation überrascht die Tatsache, dass die Literatur zum therapeutischen Umgang bei Suizidabsichten von Kindern und Jugendlichen bedrückend gering ist.

Das Buch gibt einen umfassenden Überblick zum Thema. Es regt Therapeuten an, sich mit ihren eigenen Ängsten und Wertvorstellungen im Hinblick auf Suizidhandlungen auseinanderzusetzen mit dem Ziel, Zugang zu den Kindern und Jugendlichen in suizidalen Krisen gewinnen und ihnen Halt vermitteln zu können. Ausführlich werden das Erkennen und Einschätzen der Suizidalität behandelt und sehr konkret die möglichen Vorgehensweisen erörtert. Tabellarische Übersichten helfen dabei, alle wichtigen Gesichtspunkte zu erfassen.

In dem ausführlichen Kapitel zur Therapie werden zunächst vier Leitgedanken formuliert und anschließend mit vielen Fallbeispielen eine Fülle konkreter Vorgehensweisen dargestellt, die sich in der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in suizidalen Krisen bewährt haben.

10 Systemische Therapie der Suizidhandlungen von Kindern und Jugendlichen

Zunächst werden vier Leitgedanken formuliert, die das Therapiekonzept der Therapeutin in Fällen einer suizidalen Krise eines Kindes oder Jugendlichen bestimmen sollten. Es folgen Anregungen für das Gespräch zur Risikoeinschätzung und weiteren Therapie mit dem Kind oder Jugendlichen und anschließend eine Erörterung der Klippen, die sich der Therapeutin besonders im ersten Therapiegespräch mit den Eltern oder der ganzen Familie oft stellen. Sodann wird dargestellt, wieso die Frage nach dem »Warum« der Suizidhandlung in der Regel ganz unfruchtbar ist und in vielen Fällen den Zugang zu dem Kind oder Jugendlichen eher erschwert. Als hilfreicher erweist es sich für die Therapeutin, der systemischen Hypothesenbildung in ihrem Denken breiten Raum zuzuordnen, woraus sich Ideen nach dem »Wohin« ableiten lassen. Im weiteren Verlauf werden Anregungen für eine Ressourcenorientierung, für eine Rekontextualisierung der als individuell wahrgenommenen Ausweglosigkeit und Ohnmacht des Kindes oder Jugendlichen und für eine Förderung seiner Kontrollüberzeugung gegeben. Die in Abschnitt 8.3 dargestellten familiären Konstellationen als Hintergrund für ein Suizidverhalten von Kindern und Jugendlichen werden aufgegriffen und Möglichkeiten der systemtherapeutischen Arbeit mit solchen Familien dargestellt. Schließlich werden kurz weitere systemische Methoden beschrieben, die sich in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen und ihren Familien in einer suizidalen Krise besonders bewährt haben.

10.1 Leitgedanken für die Arbeit der Therapeutin

Die folgenden vier Leitgedanken haben sich in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen in einer suizidalen Krise als hilfreich erwiesen:

1. Der Jugendliche will sterben, er will aber zugleich auch leben. Die Ernsthaftigkeit des Wunsches, sich das Leben zu nehmen, sollte niemals infrage gestellt werden. Allerdings sind das Ausmaß des Todeswunsches und das Ausmaß der Hoffnung auf Leben in jedem Einzelfall und in jeder Lebenssituation des Jugendlichen ungleich verteilt. Damit unterscheidet er sich nicht von allen anderen Menschen, deren Bedürfnislage nie eindimensional ist, sondern immer zwischen verschiedenen Polen in ganz unterschiedlichem Umfang schwankt.
2. Die Äußerung von Suizidgedanken und suizidale Handlungen sind immer bezogen auf das relevante Umfeld zu verstehen. Welche Personen angesprochen sind und sich angesprochen fühlen sollten, wer also Mitglied des jeweils relevanten Systems ist, das herauszufinden ist Aufgabe der Therapeutin. In den meisten Fällen dürfte es sich um die Mitglieder der Herkunftsfamilie und ggf. der Ersatzfamilie handeln. Die Peergruppe spielt bei Jugendlichen zwar eine große Rolle. In existenziellen Fragen steht sie nach den vorliegenden wissenschaftlichen Befunden in ihrer Bedeutung jedoch deutlich hinter der Herkunftsfamilie.
3. Die Äußerung von Suizidgedanken und die suizidale Handlung sind als Hinweis darauf zu verstehen, dass eine Änderung der im relevanten System gegebenen Kontextbedingungen notwendig ist, damit dem Jugendlichen das Leben wieder lebenswert erscheint. Die Äußerung von Suizidgedanken und die suizidale Handlung sind also als ein »cry for change« zu verstehen.

4. Die Therapeutin muss unterscheiden zwischen einem aktuellen Suizid Anlass und der basalen Suizidalität. Es ist nicht ungefährlich, sich allzu schnell beispielsweise mit dem Verlassenwerden durch die Freundin als Grund für die Suizidhandlung zufriedenzugeben. Vielmehr ist zu fragen, welche Änderungen im relevanten Kontext des Jugendlichen geschehen müssten, damit er das Verlassenwerden nicht mehr als existenzielle Bedrohung, sondern wie Tausende anderer Jugendlicher zwar als tief verletzendes und kränkendes Ereignis erlebt, sich aber doch nach einer Zeit der Trauer dem Leben wieder zuwendet.

10.2 Leitgedanke 1: Der Jugendliche will sterben, zugleich aber auch leben

Der Jugendliche, der sich das Leben nehmen will, erlebt sich ohnmächtig und hilflos gegenüber einer übermächtig erlebten Umwelt. Er sieht keine Chance, sich unter den gegebenen Umweltbedingungen als autonom und selbstwirksam zu erleben. In sehr viel selteneren Fällen sieht er sich erdrückt vom ihm auferlegten Übermaß familiärer Verantwortung, aus der er sich allein nicht zu befreien vermag. In jedem Fall erkennt er keinen Möglichkeitsraum, in dem er Entwicklungsschritte im Sinne seiner Entwicklungsaufgaben vollziehen kann. Die Zukunft erscheint versperrt, mit den selbst erlebten Ressourcen nicht erreichbar. Daraus folgen Resignation, Rückzug, Einsamkeit oder in eher seltenen Fällen die Flucht in eine geträumte kompensatorische Omnipotenz. Aus diesem Erleben heraus vermeidet er mögliche Schritte aus der verzweiflungsvollen Situation. Alle anderen Handlungsalternativen als die Selbsttötung würden ihm nur wieder die Ineffektivität des eigenen Verhaltens vor Augen führen.

Im Zustand höchster Suizidalität erlebt der Jugendliche seinen Verhaltensspielraum als maximal eingeengt. Als einzig verbleibende autonome und als wirkkräftig imaginierte Handlungsmöglichkeit verbleibt die Gewissheit bzw. die Hoffnung, dass er den Zeitpunkt seines Todes selbst, in eigener Regie und selbst kontrolliert bestimmen kann. Das Symptom Suizidverhalten bekommt damit eine hohe Bedeutung im Sinne des Ziels, einen Rest an Selbstwerterleben aufrechtzuerhalten. Insofern ist auch diese Handlung auf das Leben hin konzipiert – und sei es ein imaginiertes Weiterleben in den Gedanken wichtiger Bezugspartner.

»Der Gedanke an den Suizid«, so formuliert Schröder (1995, S. 150), »stellt selber die Zukunft dar als einziger annehmbarer zukunftsbezogener Zustand des Lebens; ein erschütterndes Lebensverständnis wird sichtbar ...«.

Aus diesem Verständnis leiten sich Hinweise auf die bei hoher Suizidalität (vor oder nach einer Suizidhandlung) notwendigen therapeutischen Handlungen und Haltungen ab:

- Die geplante oder bereits einmal vollzogene Suizidhandlung muss als selbstbestimmte, wohlüberlegte Entscheidung gewürdigt werden.
- Das Symptom, die Suizidhandlung, ist so lange von Bedeutung, solange andere selbstwertaufbauende Einflüsse (noch) nicht wirksam geworden sind.
- Deshalb sind Maßnahmen der Kontrolle und Überwachung des Jugendlichen zur Verhinderung eines Suizids zwar zuweilen unvermeidbar, grundsätzlich jedoch auch als problematisch anzusehen – zumindest wenn diese Kontrollmaßnahmen von dem Jugendlichen eher als Verhinderung seiner letzten autonomen Handlungsmöglichkeit wahrgenommen werden und nicht primär als Fürsorge bzw. Inte-

resse an seinem Leben. Aus diesem Grund hat es sich im stationären Kontext bewährt, dem Jugendlichen gegenüber offen einzuräumen, dass man zwar bemüht sein werde, ihn an einer in den Augen der Betreuerinnen fatalen Selbstmordhandlung zu hindern, dass man aber wisse, dass der Jugendliche immer noch eine Möglichkeit finden werde, Suizid zu begehen, wenn er denn dieses Ziel mit aller Entschiedenheit verfolge. Damit wird dem Jugendlichen seine letzte autonome Handlungsmöglichkeit zugebilligt. Zudem braucht er den ihn umgebenden Erwachsenen nicht zu beweisen, dass er sich trotz ihrer gegenteiligen Bemühungen durchzusetzen weiß.

- Auch die vielleicht gar nicht ausgesprochene Interpretation der Suizidhandlung als »cry for help« kann von dem in dieser Hinsicht hochsensiblen Jugendlichen leicht als Zweifel an der Ernsthaftigkeit seiner Selbsttötungsabsicht verstanden werden, wodurch der selbstwertstabilisierende Faktor seiner Suizidhandlung entwertet würde. Eine Reaktion des Jugendlichen im Sinne eines »Jetzt erst recht ...« ist in solchen Fällen naheliegend und gegebenenfalls in den Augen des Jugendlichen die einzige, den Rest an Selbstachtung erhaltende Handlungsmöglichkeit.
- Die Würdigung des Symptoms Suizidhandlung und die Würdigung der autonomen Entscheidungsfreiheit des Jugendlichen verschließt der Therapeutin nicht die Möglichkeit, ihrer Überzeugung Ausdruck zu geben, dass das Leben in ihren Augen grundsätzlich lebenswert sei und dass auch dieser Jugendliche – möglicherweise mit Unterstützung – ein lebenswertes Leben vor sich haben könne, wenn er sich dafür entscheide. Allerdings ist darauf zu achten, dass bei (noch) hoher Suizidalität die von der Therapeutin zu aktiv und zu enthusiastisch angesprochene Möglichkeit einer

positiven Zukunft als Abwertung und ein Nicht-Ernstnehmen seiner auf völliger Aussichtslosigkeit gründenden Entscheidung zu der letzten autonomen Handlung Suizid verstanden werden kann. Das bedeutet, dass die Therapeutin der eigenen hoffnungsvollen Sichtweise in hinreichend deutlicher Weise entgegenstellen muss, dass sie die gänzlich andere Sichtweise des Jugendlichen gut gehört hat und anerkennt. Sie muss also sensibel wahrnehmen, in welchem Umfang der Jugendliche sich auf Neues bereits einlassen kann. Die Therapeutin sollte lieber einmal zu viel als einmal zu wenig den Respekt vor der durch Hoffnungslosigkeit gekennzeichneten Sicht des Jugendlichen deutlich machen. Wichtig ist, dass dem Jugendlichen die Kontrollmöglichkeit zugestanden bzw. zugeschrieben wird. Sie ist in erster Linie zu fördern. Denn kein Mensch bringt sich um, solange er die Bedingungen seines Lebens in hinreichendem Umfang beeinflussen kann.

- Charakteristisch für die meisten Jugendlichen in einer akuten suizidalen Krise ist die Ambivalenz zwischen dem Wunsch, aus dem Leben zu scheiden, und dem Wunsch, unter anderen Umweltbedingungen zu leben. Diese Ambivalenz äußert sich dann häufig im Schwanken zwischen der Ablehnung von Hilfe und Zuwendung und der Suche nach Unterstützung und Kontakt. Mit dieser Ambivalenz muss die Therapeutin sensibel umgehen, wenn sie das Gespräch auf eine lebbare Zukunft zu orientieren sucht. Der Jugendliche, der einen Suizidversuch durchgeführt oder geplant hat, hat dies getan bzw. tut dies, weil er sich eine für ihn erreichbare positive Zukunft nicht mehr ausmalen konnte oder kann. Und doch ist die Vision einer lebbareren Zukunft für ihn selbstverständlich – wie für alle Menschen – die entscheidende treibende Kraft jeder persönlichen Entwicklung.

Klaus Dörner vertritt 1992 (S. 1) die Überzeugung,

»dass es kein isolierbares Recht zu sterben gibt, weil das Recht zu sterben in diesem Sinne auch den Menschen abschafft, so wie wir uns heute als Menschen verstehen«.

Gleichzeitig formuliert er (S. 9 f.):

»Für mich gehört es regelmäßig zum Führen von Gesprächen mit suizidalen Menschen, dass es einen Schritt gibt, in dem ich dem suizidalen Anderen bestätige: Es ist dein subjektives und situatives Recht, dich zu töten. Hierbei leiten mich drei Gründe. Erstens: Wenn ich ihm bestätige, dass es sein subjektives, situatives Recht sei, dann, so ist auch meine Erfahrung, fühlt er sich von seinem Rechtfertigungsdruck teilweise entlastet und muss das nicht selber tun. Dieser Rechtfertigungsdruck scheint mir aber in der gelebten Praxis ein wesentlicher Energiefaktor zu sein, der die Suizidalität eher verstärkt. Da geht es darum, zu beweisen, dass es geht, selbst dann, wenn man es eigentlich gar nicht will. Das ist nicht das Ganze, aber es ist ein Faktor dieser Energie. Zweitens: Ich signalisiere damit dem anderen, dass er endlich etwas getan hat für die Lösung seines Lebens, für die Nutzung seiner Krise. Er hat etwas getan, vielleicht nach Wochen oder Monaten von Untätigkeit, von Lähmung. Er hat einen Entschluss gefasst, hat gewählt. Er hat insofern ein Stück von dem, was ich als das Wesen des Menschen anspreche, wiedergewonnen. Und drittens kommt es auf die Anerkennung der Möglichkeit, sich töten zu können, an. Damit fördere ich den Abstand des Betroffenen gegenüber dem eigenen suizidalen Handeln. Mithilfe dieses Abstandes kann er sich für die Möglichkeit entscheiden, auch leben zu können. Wenn ich sage: ›Es gibt kein Recht auf den Tod‹, dann heißt das noch lange nicht, dass ich mich dem Suizidverbot beuge, denn ich kann mir auch die Freiheit nehmen, mich darüber hinwegzusetzen. Das sind drei Gründe, warum mir im Gespräch mit Suizidalen der Gedanke des Rechts auf den eigenen Tod sehr kostbar und wichtig ist. In der

Regel darf er in der Auseinandersetzung mit dem Suizidalen nicht übersprungen werden. Die Anerkennung des Rechts auf den eigenen Tod ist aber stets nur eine Stufe, durch die ich hindurchgehen muss, sowohl theoretisch, wie ich es Ihnen anfangs dargestellt habe, als auch im konkreten, einzelnen Gespräch. Es geht darum, einem Menschen wieder die Möglichkeit seines Lebens zu eröffnen, die er grundsätzlich hat. Kann er wieder wählen, so wählt er das Leben.«

Über den Autor



Wilhelm Rotthaus, Dr. med., hat neben dem Studium der Medizin in Freiburg, Paris und Bonn und dem der Musik in Köln Ausbildungen in klientenzentrierter Gesprächstherapie, klientenzentrierter Spieltherapie und Systemtherapie absolviert. Von 1983 bis 2003 war er Ärztlicher Leiter des Fachbereichs Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Rheinischen Kliniken Viersen. Buchveröffentlichungen u. a.: *Wozu erziehen?* (7. Aufl. 2010), *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (4. Aufl. 2013) und *Ängste von Kindern und Jugendlichen* (2015).

Störungen systemisch behandeln

Alexander Korittko

Posttraumatische
Belastungsstörungen bei
Kindern und Jugendlichen

CARL-AUER



Über das Buch

Niemand zeigt sich alleine gestört oder auffällig. Kinder und Jugendliche, die ein einmaliges oder wiederholtes Ereignis erlebt haben, das ihre Bewältigungsmöglichkeiten überforderte, haben Eltern, Ersatzeltern oder sonstige Bezugspersonen, die ebenfalls von diesem Ereignis betroffen sind. Dieser Blick auf den Kontext ist eine wichtige Grundlage für hilfreiches psychotherapeutisches Handeln.

Alexander Korittko, einer der profiliertesten systemischen Therapeuten in Fällen von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen, schildert auf der Grundlage seiner umfangreichen Erfahrungen detailliert und mit vielen Fallbeispielen, wie Therapeuten – nicht nur solche mit einer speziellen Weiterbildung – Kindern und Jugendlichen dabei helfen können, die durch ihr Trauma bzw. ihre Traumata bedingten Einschränkungen zu überwinden, und welche Klippen sie dabei umschiffen müssen.

Eine gewinnbringende Lektüre für alle, die mit Kindern und Jugendlichen sowie ihren Bezugspersonen arbeiten! Ergänzendes Material zur Unterstützung dieser Arbeit steht online zum Download bereit.

„Umfassend, mit einem liebevollen Blick auf die betroffenen Kinder und Jugendlichen, so einfach in der Beschreibung und gleichzeitig so präzise wie möglich, praxisrelevant auf der Grundlage langjähriger Erfahrung – das macht dieses Buch für mich besonders wertvoll. Sie sollten es lesen und in Ihrer Nähe griffbereit halten, wenn Sie jemand sind, der traumatisierte Kinder und Jugendliche kompetent zu begleiten versucht.“

Prof. Dr. Gerald Hüther

6 Systemtherapeutisches Vorgehen bei außersfamiliären Traumatisierungen

Ohne Frage: zu den schwersten Traumatisierungen, die Menschen erfahren können, zählen die Misshandlungen und Vernachlässigungen in der eigenen Familie. Darüber hinaus wird jedoch oft unterschätzt, wie schwer es für Eltern und Kinder auch in anderen Kontexten sein kann, mit den Auswirkungen von traumatischem Stress umzugehen. Die »Traumata von außen« werden in diesem Kapitel im Mittelpunkt der Überlegungen stehen: Überfälle, Verkehrs- oder Haushalts-Unfälle, plötzliche Krankheits- oder Todesmitteilungen, Kriegs- und Bürgerkriegserlebnisse, Brände, Hundeattacken, all diese traumatischen Ereignisse können einen erheblichen Einfluss auf die Psyche von Eltern und Kindern haben und auf die Art und Weise, wie sich Familienmitglieder miteinander verhalten.

Jedes Trauma stellt eine Zäsur dar, eine Unterbrechung in dem Lebensnarrativ eines Einzelnen oder einer Familie. Die Geschichte erfährt eine Unterteilung in ein Vorher und ein Nachher. »Vor dem Unfall« und »nach dem Unfall«, »vor dem Brand« und »nach dem Brand«, »vor der Krebsdiagnose« und »nach der Krebsdiagnose«. Viele Familien haben einen solchen Schicksalsschlag oder eine von anderen Menschen verursachte existenzielle Bedrohung zu verkraften. Die meisten tun üblicherweise das Beste, was ihnen möglich ist, damit umzugehen. Sie finden eine Form, ihre Verzweiflung, Hilflosigkeit, Wut und Trauer auszudrücken, sie nutzen die individuellen und familiären Ressourcen, um sich früher oder später von diesem Stress zu erholen.¹

1 Siehe auch »Hilfen für Kinder« im Online-Material zu diesem Buch: http://www.carl-auer.de/machbar/posttraumatische_belastungsstoerungen_bei_kindern_und_jugendlichen.

Viele Eltern schaffen es für sich und die betroffenen Kinder, durch Gespräche miteinander zu verstehen, was passiert ist. Sie gestalten ihren Alltag so, dass danach ein Höchstmaß an Sicherheit und Voraussagbarkeit für alle Familienmitglieder entsteht. Dabei helfen ein wiederkehrender Tagesablauf und Gespräche darüber, wer welche Aufgaben übernimmt und was in welcher Reihenfolge getan werden sollte. Die Familienmitglieder geben sich Zeit, lassen jedem seinen eigenen Rhythmus und überlegen, was jeder benötigt, um sich zu beruhigen. Hilfreich ist auch, durch Dinge, die Freude machen, und durch leichte körperliche Aktivitäten aus einer emotionalen und körperlichen Erstarrung zu gelangen. Gegenseitige Wertschätzung hilft dabei, sich der Stabilität der Beziehung zueinander zu versichern.

Wer kann, findet wieder zurück zu Humor und Leichtigkeit. Auch Rituale können als symbolische Handlungen helfen, Heilung zu fördern. Zum Beispiel hat eine Familie, die ihr Haus durch einen Brand verlor, Luftballons mit Zetteln versehen, die jeweils das repräsentieren sollten, was jeder im Feuer verloren hat. Die Familie begab sich auf das Grundstück und ließ mit ein paar Worten die Luftballons fliegen. Viele können das Trauma als schmerzhaften Teil ihrer gemeinsamen Geschichte integrieren und im Leben weitergehen. Das Trauma wird Teil der Vergangenheit. In einigen Familien reichen die Selbsthilfekräfte nicht aus, sie bleiben in posttraumatischen Interaktionen stecken. Sie haben das »Nachher« nicht erreicht.

6.1 Posttraumatische Interaktionsmuster

Wie schon in einem vorigen Abschnitt (3.6.6) kurz beschrieben, habe ich bei Familien, die mit einem Trauma von außen umzugehen hatten, unterschiedliche Prozesse erlebt, die

zeigten, dass das Trauma im familiären Narrativ noch nicht vergangenheitsfähig ist. Ähnlich wie im neurobiologischen Prozess des Individuums (fragmentierte Speicherung und Notfallschaltung) gerät die Interaktion in einen Schockzustand, der über einen langen Zeitraum anhält bzw. immer wieder aktivierbar ist. In Anlehnung an das Bild des Mobiles (siehe Abschnitt 3.6.6), das von vielen Systemikern benutzte Symbol für ein dynamisches Gleichgewicht in Familien, nenne ich die unter dem Einfluss eines Traumas reduzierte familiäre Interaktion ein »erstarrtes Mobile«. Mir sind drei Interaktionsmuster begegnet:

1. »Beim Trauma stehen bleiben«: In auf diese Weise »erstarrten« Familien findet eine bewusste oder unbewusste Reinszenierung der traumaorientierten Interaktion statt: Zimmer, die noch nach Jahren so eingerichtet sind wie zu dem Zeitpunkt, als das Kind starb; Eltern, die mit der Jugendlichen jeden Schritt gemeinsam tun, sie nicht mit Gleichaltrigen zusammen sein lassen, weil sie vor Jahren überfallen wurde; Familien, in denen bei jeder Zusammenkunft ausschließlich über schreckliche Bürgerkriegserlebnisse gesprochen wird. In dieser post-traumatischen Kommunikationsform ist von außen zu erkennen, wie Familien in der traumatischen Vergangenheit feststecken und neue Informationen ausschließlich durch ihre persönliche »Trauma-Brille« betrachten. Günther Grass beschreibt in seiner Novelle »Im Krebsgang« als Thema zwischen Mutter und Sohn den »ewig währenden Untergang der Wilhelm Gustlow²«, um den die Gespräche des Erzählers mit seiner Mutter ständig kreisen (Grass 2004).

2 Deutsches Flüchtlingsschiff, das im Februar 1945 auf der Ostsee torpediert wurde und sank.

2. »Nicht darüber sprechen«: Auch eine Verabredung, bewusst die Nähe zu traumatischen Ereignissen zu vermeiden, kann eine Einengung und ein Erstarren der familiären Flexibilität bewirken. Aus der Befürchtung, dass ein Gespräch über ein lebensbedrohliches Ereignis zu einem nicht enden wollenden Gefühlschaos führen könnte, werden neue Regeln verabredet, die den Schutz vor unendlichem Schmerz sichern sollen. »Wir wollen nicht darüber sprechen« oder »Jeder muss allein damit fertig werden« oder »Darüber sprechen bringt doch nichts«. Obwohl natürlich in der Erinnerung an ein traumatisches Erlebnis trotzdem Gefühle von Verzweiflung, Angst, Trauer oder Wut entstehen, werden sie in dieser posttraumatisch verordneten Sprachlosigkeit nicht zum Ausdruck gebracht. Die äußerliche Nähe zeigt sich dann als Pseudo-Nähe, wenn der emotionale Austausch vermieden wird. Eine gewisse Zeit kann das Vermeiden von emotionalem Ausdruck funktional sein. Die Menschen in Deutschland haben in den 50er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts nach dem Zusammenbruch der Nazi-Diktatur, nach Kriegs- und Fluchttraumata vielleicht nur dadurch den Wiederaufbau des Landes voranbringen können, dass sie sich nicht mit ihren Gefühlen auseinandergesetzt haben. So haben sie den nachfolgenden Generationen nicht nur Aufgaben der »Wiedergutmachung« hinterlassen (z. B. Aktion Sühnezeichen, Friedensdienste als Zeichen der Auseinandersetzung mit den Verbrechen des Nationalsozialismus), sondern auch Aufgaben der Aufarbeitung selbst erlittener Qualen im Krieg, während der Flucht, während der Bombardierung der Städte, in der Gefangenschaft. Zahlreiche Veröffentlichungen und Medienbeiträge haben ab der Jahrhundertwende das Schweigen diesbezüglich gebrochen. Vielleicht benötigt es ebenfalls noch viele Jahrzehnte, bis

offen und in einer Atmosphäre frei von Beschuldigungen und Verteidigungen über familiäre Traumata in der ehemaligen DDR gesprochen werden kann.

3. »Schnell etwas anderes tun«: Eine dritte mögliche Erstarungsform nach traumatischen Ereignissen stellt dieses Muster dar. Auch hier ist eine Vermeidung von Nähe zum Trauma zu spüren, doch im Vergleich zum offenen Vermeidungsmuster wird die Familie in dieser Interaktion urplötzlich von einer überzogenen Lebendigkeit ergriffen, die auf den ersten Blick nicht als Pseudo-Leichtigkeit zu erkennen ist. Wenn das Trauma, angeregt durch einen Erinnerungsauslöser, droht, mit all seinem Schmerz seinen infektiösen Charakter zu entfalten, steht in diesen Familien nur noch eine interaktionelle Notbremse zur Verfügung: Dialoge werden nicht zu Ende geführt, ständig werden neue (meist positive) Themen angeschnitten. Eine rasche Folge von Gesprächs- und Handlungsfragmenten verwirrt die Beobachter. Hier finden wir bedeutende Teile der sogenannten »irrelevanten Kommunikation«, die im Verborgenen mit Erschöpfung und Trauer einhergeht.

Sicher gibt es auch Mischformen der posttraumatischen Interaktion in Familien. Die hier angeführten Muster zeigen eine Ähnlichkeit zu den individuellen Symptomen nach einer Traumatisierung: intrusives Wiedererleben, Vermeiden und Übererregung des Körpers. Je nachdem, welche Symptomatik sich dauerhaft bei mehreren Familienmitgliedern intensiv verfestigt, desto deutlicher entwickelt sich ein chronisches familiäres Muster von »stehen bleiben«, »vermeiden« oder »schnell etwas anderes«. Und genau wie in den ersten Wochen die individuelle Symptomatik unter dem Begriff »akute Belastungsreaktion« als normale Reaktion auf außergewöhnliche

Erlebnisse betrachtet wird, sind auch die hier beschriebenen Interaktionsmuster bei Traumata von außerhalb in den ersten Wochen völlig normal. Wenn sich jedoch nach Monaten eins dieser Muster chronifiziert und eine Familie eine Veränderung anstrebt, kann ein therapeutischer Aufbauprozess angestrebt werden (Korittko u. Pleyer 2010; Korittko 2015).

6.1.1 Formen familiärer Traumatisierung

Um welche Traumatisierungen könnte es gehen? Ich kann wenig mit einer Unterteilung in »primär Traumatisierte« und »Angehörige« übereinstimmen, wenn es um Traumata geht, die ein Familienmitglied erlitten hat. Ich bin davon überzeugt, dass lebensbedrohliche Situationen, die ein Kind oder ein Elternteil erleidet, für alle anderen Familienmitglieder ebenso eine Traumatisierung darstellt: Man ist schockartig betroffen, kann nicht dagegen ankämpfen oder sich dem Schock entziehen und erlebt Ohnmacht, Verzweiflung und Hilflosigkeit. Man ist sprachlos vor Schreck, der Boden ist einem unter den Füßen weggezogen. Folgende Aufzählung der Traumata von Eltern und Kindern von außen bietet sich an:

- Gemeinsam erlittene Traumata (Autounfall, Hausbrand, Überfall, Naturkatastrophe)
- Kurz hintereinander (konsekutiv) erlittene Traumata: Ein Familienmitglied ist direkt betroffen, andere bekommen die Information darüber kurz danach (Unfall, Überfall, Tierangriff, Geiselnahme, Diagnose einer schweren Krankheit, plötzlicher Tod).
- Parallele Traumata: Alle sind betroffen, befinden sich jedoch an unterschiedlichen Orten und treffen sich später wieder (Krieg, Bürgerkrieg, Naturkatastrophe).

Angesichts dieser Traumata halte ich es für zweckmäßig, die

salutogenetischen Kräfte des Familiensystems zu nutzen und mit der Familie gemeinsam zu arbeiten. Wenn wir wissen, dass soziale Unterstützung eine der wesentlichsten Voraussetzungen für die Genesung von einem Trauma darstellt, ist es für Systemiker selbstverständlich, die Ressourcen des Familiensystems zu nutzen.

Zwei andere Arten der Traumatisierung von Familiensystemen müssen genannt werden, um die obige Liste zu vervollständigen:

- Sekundäre Traumata in Familien: Ein Familienmitglied ist direkt betroffen, die Auswirkungen sind in der Familie unter Umständen nach längerer Trennung zu spüren (z. B. in Soldatenfamilien, Familien von Polizisten, Feuerwehrleuten oder Journalisten).
- Traumata in der Kindheit eines Elternteils oder beider Eltern: Die Auswirkungen der Kindheitstraumata (innerfamiliäre Gewalt, emotionale Misshandlung, Kriegserlebnisse) sind in der jetzigen Familie zu spüren.

6.1.2 Sekundäre Traumatisierungen und Kindheitstraumata der Eltern

Bei sekundären Traumatisierungen und bei Kindheitstraumata der Eltern kann ausnahmsweise eine Begrifflichkeit sinnvoll sein, die zwischen primär Betroffenen und sekundär Betroffenen unterscheidet. Es empfiehlt sich bei Bedarf individuelle trauma-orientierte Therapie für die erwachsenen primär Betroffenen. Zu den Auswirkungen der Trauma-Symptomatik kann auch ein Gespräch im Familiensetting hilfreich sein. Als Ziele und Inhalte für gemeinsame Gespräche mit Kindern und Jugendlichen gilt in diesen beiden Gruppierungen:

1. Es muss nicht über Details der traumatischen Erfahrungen

der Erwachsenen gesprochen werden, seien es die Kriegserlebnisse des Vaters, die Erlebnisse der Mutter als Notärztin auf der Autobahn, die Details eines Polizeieinsatzes mit Schusswaffengebrauch oder seien es die Misshandlungen oder Kriegserlebnisse der Mutter oder des Vaters. Eine Weigerung des Erwachsenen, Einzelheiten zu berichten, sollte als Schutz vor schrecklichen Bildern interpretiert werden, auch wenn die Kinder oder Jugendlichen beharrlich nachfragen. Sie werden lernen, dass sie, auch wenn sie keine Einzelheiten kennen, trotzdem Nähe zu ihren Eltern entwickeln können.

2. Kinder und Jugendliche müssen erfahren, dass plötzliche Ausbrüche von Wut oder plötzliches Verschwinden nichts mit ihrem Verhalten oder mit dem, was sie gerade eben gesagt haben, zu tun hat, sondern dass ihre Eltern, wenn sie Schlimmes erlebt haben, hin und wieder daran erinnert werden und dann eine Pause brauchen, um sich von der alten Wut oder von der alten Verzweiflung zu trennen. Häufig hilft ein verabredetes Stichwort, z. B. »Vulkan«, damit der betroffene Elternteil dem anderen signalisieren kann, dass jetzt wieder eine Umschaltpause erforderlich ist. Dann weiß auch der Sohn oder die Tochter, dass Papa jetzt wieder an seine »schlimmen Zeiten in Afghanistan« erinnert wird und eine Runde um den Häuserblock geht, um sich zu beruhigen. Parallel dazu wäre es gut, wenn der Vater die ersten körperlichen Anzeichen kennt, bevor sein »Wut-Vulkan« wieder ausbricht, sodass er wirklich einen Abstand zwischen sich und seine Familie bringt, bevor es zum »Ausbruch« kommt. Wenn die Mutter die ersten Anzeichen eines drohenden Ausbruchs des »Traurigkeits-Vulkans« bemerkt, sollte etwas Ähnliches passieren, sodass kein Kind auf die Idee kommt, es sei mit seinem Verhalten verantwortlich für

die Traurigkeit der Mutter. Stabilisierende Interventionen sollten die Eltern in ihrer Individualtherapie lernen.

3. Durch eine Arbeit mit Familienskulpturen kann darüber gesprochen werden, welche Interaktionen sich Eltern und Kinder zukünftig wünschen. Eine Frage dazu würde lauten: »Wie wünschst du, Claudia, sollte sich deine Familie hinstellen oder hinsetzen, damit es ein tolles Denkmal wird von deiner Familie in einem halben Jahr? Bau mal jeden so hin, wie du dir das erhoffst. Und die anderen probieren mal aus, wie sie sich in der Position fühlen, die Claudia jetzt baut.« Jedes Familienmitglied nimmt seine eigene Position ein oder wird in der eigenen Position »modelliert«. In einigen Familien kann auch eine Skulptur »vor dem Trauma« entstehen, z. B. wie die Familie früher war (z. B. vor dem Auslandseinsatz des Vaters) und was davon wieder entstehen soll. Die Skulpturarbeit lässt im Anschluss ein Gespräch möglich werden, das ohne die »Denkmal-Erlebnisse« vielleicht nicht gelungen wäre. Bei Überlegungen über zukünftige Hoffnungen muss eine Wahl getroffen werden, ob zwischen den Familiensitzungen auch ein Paarsetting hilfreich sein kann.³

3 Zu diesen beiden familiären Traumadynamiken ist ausführliches Material im Online-Bereich zu diesem Buch zu finden.

Über den Autor



Alexander Korittko, Diplom-Sozialarbeiter; Paar- und Familientherapeut (DGSF), systemischer Lehrtherapeut und Lehrsupervisor, 37-jährige Tätigkeit in einer kommunalen Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstelle, Mitbegründer des Zentrums für Psychotraumatologie und Traumatherapie Niedersachsen (ZPTN), Fort- und Weiterbilder in psychosozialen Berufsfeldern; Arbeitsschwerpunkt: Trauma- und Bindungsstörungen im Kindes- und Jugendalter.

Störungen systemisch behandeln

Elisabeth Wagner
Katharina Henz • Heiko Kilian

Persönlichkeits- störungen

CARL-AUER



Über das Buch

Persönlichkeitsstörungen werden gemeinhin dem einzelnen Individuum zugeschrieben. Wie könnten da systemische Behandlungskonzepte helfen, die ja überwiegend von Störungen zwischen Individuen ausgehen?

Elisabeth Wagner, Katharina Henz und Heiko Kilian zeigen auf, dass Erleben und Verhalten immer in einem Kontext stattfinden, und richten daran ein praxisorientiertes Konzept aus, das „Persönlichkeitsstörungen“ unter systemischen Aspekten behandelt. Die Autoren beschreiben dazu klinische Erscheinungsbilder, skizzieren die Störungs- und Behandlungsmodelle verschiedener Therapieschulen – Psychoanalyse, mentalisierungsbasierte Therapie, dialektisch-behaviorale Therapie, Schematherapie – und entwickeln ein systemisches Störungsverständnis.

Der Hauptteil des Buches beschreibt das konkrete therapeutische Vorgehen Schritt für Schritt. Die Autoren zeigen detailliert, wie man mit typischen Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung umgehen kann, und sie erklären, welche Modifikationen des systemischen Therapieverständnisses notwendig sind. Neben gängigen systemischen Interventionen stellen sie die hypnosystemisch inspirierte Teilarbeit vor – jeweils illustriert mit vielen Fallvignetten und Beispielen.

4.3 Therapie im Umgang mit »Persönlichkeitsstörungen«

4.3.1 Entwicklung von Expertenschaft statt einer Haltung des Nicht-Wissens

Um zu erkennen, dass es sich bei bestimmten Verhaltensweisen um hartnäckige, dysfunktionale FDV-Programme handelt, braucht es Expertenschaft. Für ein adäquates Fallverständnis müssen Therapeuten ihre klinische Erfahrung und ihr Fachwissen einbeziehen, da Klienten nur selten spontan ihre Erlebens- und Interaktionsstörungen als das eigentliche Problem thematisieren werden. Erst wenn die Therapeuten eine besondere Brille aufsetzen (hier sei an die Metapher der »Sammellinse« erinnert, die wir im Abschnitt 3.4 im Unterschied zur »Zerstreuungslinse«, die im üblichen systemischen Gesprächsverhalten realisiert wird, vorgestellt haben), werden stabile intrapsychische Störungsmuster sichtbar. Es gilt daher, die Klienten »auf zwei Kanälen zu hören«: Wir erfassen einerseits die subjektive Wahrnehmung, das individuelle Narrativ bzw. Selbstverständnis der Klienten, andererseits erfolgt eine Einschätzung durch Auswertung eines parallel laufenden Explorationsverhaltens hinsichtlich möglicher Einschränkungen der strukturellen Kompetenzen oder anderer problemaufrechterhaltender stabiler intrapsychischer Muster.

Diese Expertenschaft muss aber auch erlernt bzw. bewusst gemacht werden. Die systemisch häufig propagierte Haltung des professionellen »Nicht-Wissens« (Klienten gelten als Experten für das eigene Leben) kann daher in diesen Fällen nicht uneingeschränkt zur Anwendung gelangen. Expertenschaft bedeutet hier: absichtliches Umschalten auf eine andere Form der Exploration, Sichtbarmachen von konstanten Mustern statt Erzeugen von Unterschieden und Verzicht auf

funktionale Erklärungen (etwa der »guten Absicht dahinter«). Denn die mit strukturellen Störungen assoziierten Verhaltens- und Erlebensweisen sind weder intentional noch funktional – sie sind auf kein »Ziel« gerichtet. Trotzdem kann es sinnvoll sein, die »Adaptivität« bestimmter FDV-Programme in ihrem Entstehungszusammenhang zu würdigen, und es kann auch Sinn machen, das aktuell vorherrschende Muster als die derzeit »bestmögliche Lösung« zu beschreiben, wie wir im Abschnitt 4.4.2 näher ausführen.

4.3.2 Auf einen Blick: wesentliche Modifikationen systemischer Grundprinzipien

Aus dieser Expertenschaft im Umgang mit Persönlichkeitsstörungen ergibt sich aber auch eine Modifikation der Grundprinzipien systemischer Therapie, die wir im Kapitel 1 beschrieben haben:

- Statt: Individualisiere nicht, schreibe Personen keine Eigenschaften zu, heißt es nun: Fokussiere die individuellen, dysfunktionalen Erlebens- und Verhaltensweisen deines Klienten.
- Statt: Vermeide die Konstruktion von Permanenz und suche Ausnahmen und Unterschiede, geht es nun darum, die Wiederholungen sichtbar zu machen.
- Statt: Pathologisiere nicht, schreibe keine Defizite fest, gilt nun: Erkenne – wenn nötig – die strukturellen Beeinträchtigungen
- Statt: Beschreibe interaktionelle Muster und Zusammenhänge, erweitern wir auf: Erfasse auch jene intrapsychischen Erlebensmuster, die den sich wiederholenden störenden Interaktionsmustern zugrunde liegen.
- Statt: Suche nach Funktionen und »guten Absichten« sollten wir dem problematischen Erleben und Verhalten weder

eine Funktion, noch eine gute Absicht im Hier und Jetzt zuschreiben (»Perspektive des Nicht-Könnens«), wenn auch ein gewisser adaptiver Wert in der Vergangenheit (»Überlebensstrategie«) gewürdigt werden kann.

- Statt: Unterstelle die Fähigkeit zur Veränderung, aber verhalte dich lösungsneutral, heißt es nun: Gehe davon aus, dass das dysfunktionale Muster sich ohne Unterstützung nicht verändern wird, und stelle dich auf die Seite der Lösung, das heißt: fördere die Stärkung von strukturellen Fähigkeiten.
- Statt: Beachte mögliche negative Auswirkungen der gewünschten Veränderung (»ökosystemische Bilanz«), geht es darum, die positiven Auswirkungen der gewünschten Veränderung zu fokussieren und diesbezügliche Entwicklungsschritte zu fördern
- Statt: Nimm den Therapieauftrag und die Erwartungen aller Beteiligten ernst, empfehlen wir: Interessiere dich für den vorgebrachten Therapieauftrag, aber lass dich nicht darauf reduzieren.
- Statt: Arbeite zielorientiert im Sinne des Klientenauftrages, geht es auch darum, die »eigenen« Ziele neben jenen des Klienten zu thematisieren und zu versuchen, den Klienten im weiteren Verlauf dafür zu gewinnen.

4.3.3 Expertenschaft in der Muster-Erkennung: der innere Fragenkatalog

Wie aber kommen (systemische) Therapeuten überhaupt auf die Idee, innerlich »auf einen zweiten Kanal umzuschalten« bzw. die »Sammellinse« aufzusetzen? Den ersten Hinweis liefert wohl die eigene emotionale Reaktion auf dargebrachte Verhaltensweisen von Klienten: Reagieren Therapeuten wiederholt mit negativen Emotionen (etwa Ärger, Unsicherheit,

Angst oder Misstrauen) und ist auszuschließen, dass diese emotionalen Reaktionen etwas mit der Tagesverfassung bzw. sonstigen außerhalb des Therapieraumes liegenden privaten Verstörungen zu tun haben, ergibt sich eine erste Spur. Wahrnehmung und Bewusstmachung etwaiger eigener Irritationen steht also am Beginn der Hypothesenbildung. Psychodynamiker würden das wohl »Gegenübertragung« nennen, Systemiker eher »Einladung«:

»Die Ausgangsüberlegung, die im ICD-10 als Persönlichkeitsstörung beschriebenen Phänomene als interaktionelle Stile zu beschreiben, die sich konkret in der Therapiesituation auch zwischen Therapeut und Klient/Patient abspielen und an denen Therapeut wie Klient/Patient gleichermaßen beteiligt sind, lässt den Begriff der ›Einladung‹ zu einem bestimmten ›Interaktionsspiel‹ sinnvoll und nützlich erscheinen. Wozu der jeweilige Patient/Klient einen Therapeuten/Berater interaktionell einlädt, dies ist in der systemischen Therapie so genannter Persönlichkeitsstörungen eine entscheidende Frage, ein zentraler Ansatzpunkt« (Kilian 2007, S. 317).

Löst etwa ein Klient mit narzisstischem Interaktionsstil Kränkung (Primäraffekt) und in weiterer Folge Wut aus (Sekundäraffekt), z. B. mit einer Bemerkung à la: »Sind Sie überhaupt eine Expertin? Sie haben ja nicht einmal Psychologie studiert!«, so lädt er dazu ein, mit einer aggressiven Gegenreaktion zu kontern. Das Nutzen der eigenen Affekte als Lotensystem ist zwar oft Thema in Supervisionen, kaum aber im theoretischen Diskurs. Einzig Luc Ciompi (1997 u. 2007) bekennt sich mit seiner Idee der fraktalen Affektlogik zu diesem Phänomen (vgl. Kapitel 3).

Ein zweiter Verdacht drängt sich dann auf, wenn die vom Klienten geschilderten Auslösesituationen für bestimmte Erlebens- oder Verhaltensweisen vom Therapeuten in ihrer Dramatik nicht nachvollzogen werden können (»Während ich

im Badezimmer bin, muss der unbedingt Zähne putzen kommen - natürlich bin ich da ausgezuckt!«). Bilden sich so erste Hypothesen, dass strukturelle Beeinträchtigungen hinter den geschilderten Problemen liegen könnten, empfiehlt es sich, die strukturellen Fähigkeiten mit Fragen zu folgenden Themen abzuklären:

- Können Affekte und Impulse gesteuert und kontrolliert werden?
- Können Affekte selbstreflexiv verarbeitet werden?
- Kann jemand nur schwarz-weiß oder auch in Grautönen wahrnehmen?
- Kann eine gesunde Distanz zum eigenen Verhalten hergestellt werden?
- Können eigene Fehler erkannt und anerkannt werden?
- Können Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit wahrgenommen, also gute Seiten und weniger sympathische nebeneinander gesehen werden?
- Können Gefühle und Motive nahestehender anderer plausibel dargestellt werden?
- Kann jemand mit seiner Umwelt in Kontakt treten, in Interaktionen einen Interessensausgleich herstellen und sich auch wieder aus Beziehungen lösen?

Um mögliche Einschränkungen dieser Fähigkeiten zu erfassen, müssen wir andere Fragen in den therapeutischen Dialog einspeisen, als wir gewohnt sind:

»Passiert es Ihnen manchmal, dass Sie eine Beziehung, die Ihnen eigentlich wichtig ist, durch heftige negative Gefühle schädigen?«

»Wie gehen Sie eigentlich damit um, wenn Ihre Schwester ihre eigenen Interessen verfolgt und Ihnen damit ›in die Quere kommt?«

»Können Sie die guten Gefühle für Ihren Freund auch aufrechterhalten, wenn Sie gerade sehr frustriert sind? Oder ›vergessen‹ Sie dann, dass er eigentlich ein feiner Kerl ist?«

»Passiert Ihnen das immer wieder, dass Sie plötzlich so wütend werden, dass Sie die Kontrolle verlieren und Sachen tun, die Sie dann bereuen?«

»Haben Sie eine Idee, ob es irgendetwas mit Ihren Eigenschaften oder der Art, wie Sie die Welt sehen, wie Sie Beziehungen gestalten, zu tun haben könnte, dass Sie immer wieder ...?«

Über die Autoren



Elisabeth Wagner, Dr. med., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin; Lehrtherapeutin für Systemische Familientherapie, Supervisorin; langjährige Erfahrung in der forensischen Psychiatrie.



Katharina Henz, Univ.-Lekt. MMag.; Studium der Soziologie und der Europäischen Ethnologie; Systemische Organisationsentwicklungsberaterin (ÖAGG), Systemische Familientherapeutin, Ehe- und Familienberaterin; tätig als Psychotherapeutin sowie als Lektorin an der Universität Wien und der Donauuniversität Krems.



Heiko Kilian, Psychologischer Psychotherapeut, Diplom-Psychologe; langjährige Tätigkeiten als Psychologischer Psychotherapeut in Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, als Geschäftsführer einer Rehabilitationseinrichtung und als Supervisor in klinischen, therapeutischen, rehabilitativen und Jugendhilfeeinrichtungen.

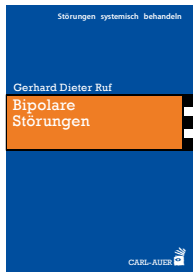
Weitere Titel aus der Reihe **Störungen systemisch behandeln**:



Gerhard Dieter Ruf
Schizophrenien und schizoaffective Störungen
174 Seiten, 14 Abb., Kt, 2014
€ (D) 24,95/€ (A) 25,70
ISBN 978-3-8497-0044-7
Band 2
Zusatzmaterial online

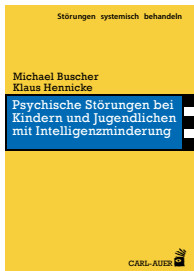


Wilhelm Rotthaus
Ängste von Kindern und Jugendlichen
230 Seiten, Kt, 2015
€ (D) 24,95/€ (A) 25,70
ISBN 978-3-8497-0069-0
Band 3
Zusatzmaterial online



Gerhard Dieter Ruf
Bipolare Störungen
190 Seiten, Kt, 2017
€ (D) 24,95/€ (A) 25,70
ISBN 978-3-8497-0168-0
Band 8
Zusatzmaterial online

In Vorbereitung:



Michael Buscher/Klaus Hennicke
Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung
ca. 256 Seiten, Kt, 2017
ca. € (D) 29,95/€ (A) 30,80
ISBN 978-3-8497-0184-0
Band 9
Zusatzmaterial online



Rudolf Klein/
Gunther Schmidt
Alkoholabhängigkeit
ca. 224 Seiten, Kt, 2017
ca. € (D) 24,95/€ (A) 25,70
ISBN 978-3-8497-0208-3
Band 10

www.carl-auer.de – systemische Vielfalt rund um die Uhr

- Aktuelles** Neuigkeiten aus dem Verlag und dem systemischen Feld, Veranstaltungskalender
- Bücher** Alle lieferbaren Titel, Neuerscheinungen, Autoreninformationen, Lesermeinungen, Leseproben
- Downloads** Zusatzmaterialien zum bequemen Herunterladen für zu Hause und unterwegs
- Extras** Verlagsinformationen, Gesamtverzeichnis, Themenflyer, Plakate, Links
- Newsletter** Regelmäßige Informationen: www.carl-auer.de/newsletter
- CAA** www.carl-auer-akademie.de

CAA

- Community** Weblogs (Simons Systemische Kehrwoche, Reduzierte Komplexe, Der Körperleser), Social Media (Twitter, Facebook, YouTube, Xing)



Carl-Auer Verlag

Vangerowstraße 14 • 69115 Heidelberg
Tel. +49 6221 6438-0 • Fax +49 6221 6438-22
kundenservice@carl-auer.de