Elinor Greenberg

Borderline und Narzissmus

Elinor Greenberg

Borderline und Narzissmus

Wie Menschen nach Liebe und Bewunderung streben

Ein Praxisbuch

Aus dem Amerikanischen von Silvia Autenrieth

Kösel

Sollte diese Publikation Links auf Webseiten Dritter enthalten, so übernehmen wir für deren Inhalte keine Haftung, da wir uns diese nicht zu eigen machen, sondern lediglich auf deren Stand zum Zeitpunkt der Erstveröffentlichung verweisen.

Penguin Random House Verlagsgruppe FSC® N001967

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel »Borderline, Narcissistic, and Schizoid Adaptations: The Pursuit of Love, Admiration, and Safety« bei Greenbrooke Press, New York.
Copyright © 2016, 2021 by Elinor Greenberg

Copyright © 2021 Kösel-Verlag, München,
in der Penguin Random House Verlagsgruppe GmbH,
Neumarkter Str. 28, 81673 München
Umschlaggestaltung: Weiss Werkstatt München
Umschlagmotiv: © Isaeka 11 / Shutterstock.com
Redaktion: Dr. Diane Zilliges, Murnau
Satz: Satzwerk Huber, Germering
Druck und Bindung: GGP Media GmbH, Pößneck
Printed in Germany
ISBN 978-3-466-34764-3
www.koesel.de

Dieses Buch ist auch als E-Book erhältlich.

Inhalt

Teil I: Anpassungen der Persönlichkeit im Überblick

Einleitung 9

Liebe, Bewunderung oder Sicherheit? Die Gestalt als Weg zur Diagnose von Borderline-, narzisstischen und schizoiden Anpassungen 24

Ein kurzer Abriss zu Borderline-, narzisstischen und schizoiden Persönlichkeitsanpassungen 52

Platsch! Wenn Probleme von Klienten andere in Mitleidenschaft ziehen 166

Teil II: Borderline-Anpassungen

Heilung von Borderlinern 201

Borderline-Klienten und Ziele: Ein gestalttherapeutischer Ansatz 268

Gegenübertragung: Wie wir das Netz entwirren 288

Teil III: Narzisstische Anpassungen

Im Fokus: Diagnose und Behandlung narzisstischer Anpassungen 323

Die Schamspirale zurückdrehen: Therapeutische Arbeit mit narzisstischen Klienten, die in einer von Selbsthass geprägten Depression gefangen sind 377

Wenn Erkenntnis schmerzt: Gestalttherapie und narzisstisch verletzliche Klienten 395

»Scheiße«, Scham und Narzissmus 418

Teil IV: Schizoide Anpassungen

Träume und Kontaktangst bei schizoiden Anpassungen 425

Anhang

Greenbergs Glossar psychologischer Fachbegriffe 449

Danksagung für die deutsche Ausgabe 469

Anmerkungen 472

Literatur 475

Die Autorin 479

Teil I

Anpassungen der Persönlichkeit im Überblick

Einleitung

Niemand ist Borderliner. Niemand ist Narzisst. Niemand ist ein Schizoider. Dies am Anfang eines Buches zu Diagnosen mag zwar seltsam wirken, aber es muss gesagt werden. Wenn wir eine Diagnose stellen, beschreiben wir ein Muster, eine bestimmte Gestalt, nie eine Person. Jeder Mensch ist einzigartig. Jede Einordnung in eine Schublade, auch wenn sie in bester Absicht geschieht, kann der menschlichen Komplexität nie gerecht werden. Die Muster, die ich in diesem Buch beschreibe, lassen sich mit Melodien vergleichen, die auf einem Instrument gespielt werden. Das Instrument kann die unterschiedlichsten Stücke spielen, doch die Person, die auf ihm musiziert, wählt, welche sie einstudiert und wiedergibt.

Die meisten, die eine der Diagnosen erhalten haben, um die es in diesem Buch gehen soll, haben die Wahl getroffen, immer wieder eine ganz bestimmte Melodie zu spielen. In der Regel sind sie sich gar nicht gewahr, dass sie sich auch anders entscheiden könnten. Psychologisch ausgedrückt, sind ihre Entscheidungsmuster »ich-synton«: Sie nehmen sie als natürlichen Teil von sich selbst wahr, vergleichbar mit einem Arm oder Bein. Nicht wie ein Kleidungsstück, das man mit ein wenig Anstrengung ablegen, wechseln oder ändern kann. Sie setzen ihr »Instrument« – ihre Wahrnehmung und ihre kognitiven, emotionalen und körperlichen Fähigkeiten – hochgradig selektiv, begrenzt und monoton ein, da sie noch nicht wissen, dass es auch andere Möglichkeiten gibt.

Dieses Buch soll therapeutisch Tätigen helfen, diese Klientinnen und Klienten dabei zu begleiten, sich eine umfangreichere Palette an Optionen zu erschließen, indem sie ihren Blickwinkel erweitern und sehen, was sonst noch alles möglich ist. Um nicht ständig langatmige Erklärungen wie die zuvor erwähnte wiederholen zu müssen, werde ich in diesem Buch jedes Mal, wenn ich von ihnen spreche, Kürzel wie »Borderline-Klienten« und »Borderline-Anpassungen« sowie »schizoide Klienten« und »schizoide (Persönlichkeits-)Anpassungen« verwenden. Ich möchte jedoch klarstellen, dass ich dabei wirklich von *Mustern* spreche, nicht von *Menschen*.

Wenn Ihnen diese Bezeichnungen nicht zusagen, fragen Sie sich vielleicht, was es bringen soll, sie überhaupt zu verwenden? Wozu diagnostizieren? Warum meinen Klienten Etiketten anheften, die derart belastet sind?

Wozu eine Diagnose?

Als ich anfing, über Persönlichkeitsanpassungen zu referieren und zu schreiben, kam immer wieder die etwas provozierende Frage, warum ich mich überhaupt mit dem Diagnostizieren befasste. Widersprach es nicht den Ideen der Gestalttherapie? In einer meiner unveröffentlichten Arbeiten, »Diagnosis: Map or Territory« (1998), argumentiere ich, dass sämtliche Diagnosen letztlich nur Orientierungshilfen sind. Sie haben nicht den Charakter von etwas Realem, das quasi in Stein gemeißelt ist. Vielmehr bieten sie für therapeutisch Tätige temporäre Möglichkeiten, eine Struktur im »interpersonellen Feld« nachzuvollziehen. Dabei geht es darum, bestimmte Details und Muster der Beziehung zwischen Klient und Therapeut als Figur hervortreten zu lassen und andere in den nicht gesehenen

Hintergrund zu stellen. (Mit dem »interpersonellen Feld« meine ich den Klienten oder die Klientin, mich sowie das, was wir gerade tun und was sich potenziell dafür anbietet, von uns wahrgenommen zu werden.) Wenn ich also jemandem eine Diagnose stelle, ordne ich mein interpersonelles Feld aktiv auf eine Weise, die sich – so meine Hoffnung – als nützlich erweisen wird. Wenn meine Diagnose einigermaßen »korrekt« ausfällt, hat sie einen gewissen Vorhersagewert, hilft mir bei der Wahl passender Interventionen und erlaubt mir außerdem, mir aus Büchern und sonstigen Quellen weitere Informationen zu beschaffen, um meinen Klienten oder meine Klientin besser verstehen und besser mit ihm oder ihr arbeiten zu können.

Wozu eine Beibehaltung der Kategorien »Borderline«, »narzisstisch« und »schizoid«?

Ich glaube, dass Gestalttherapeuten gut beraten sind, die psychotherapeutische Basisterminologie sowie die diagnostischen Kategorien zu kennen, die in theoretischen Diskursen, Lehrbüchern, Fachzeitschriften und Diagnosehandbüchern gang und gäbe sind – auch wenn wir sie in der Gestalttherapie nicht benutzen. Diejenigen, bei denen ich mich in den 1970er- und 1980er-Jahren in Gestalttherapie ausbilden ließ, glaubten, Klienten zu diagnostizieren sei: (1) unnötig, (2) pathologisierend und (3) bevormundend. Stieß ich jedoch bei bestimmten Klienten auf Schwierigkeiten, so konnte ich in der Fachliteratur nicht nach Informationen zu dem Problem suchen, ohne die entsprechenden Fachbegriffe zu kennen. In meinen Lehrveranstaltungen wie auch in diesem Buch habe ich mich bewusst dafür entschieden, die gängigen diagnostischen Kategorien *Borderline, nar-*

zisstisch und schizoid beizubehalten, damit diejenigen, die dieses Buch lesen, einfacher zu diesen Themen recherchieren können. Aus diesem Grund sage ich mitunter »Persönlichkeitsstörung« statt »Persönlichkeitsanpassung«, da in der Fachliteratur eher von »Störungen« als von »Anpassungen« die Rede ist.

Wozu die Mühe?

Als ich beschloss, mit Klienten zu arbeiten, bei denen man Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert hatte, sagte mir alle Welt, ich müsse »verrückt« sein, und dass ich das noch bereuen würde. Die Reaktionen reichten von »Diese Klienten sind nicht therapierbar« bis hin zu »Mach dich darauf gefasst, verklagt zu werden«. Der allgemeine Konsens schien darauf hinauszulaufen, sich mit diesem Thema zu befassen, sei reine Zeitverschwendung und dürfte mir Probleme bescheren, die sich jeder Therapeut, der halbwegs bei Verstand ist, ersparen will.

Ich war überrascht, wie negativ diese Reaktionen ausfielen. Mich überkam durchaus keine Hoffnungslosigkeit, wenn es um Möglichkeiten ging, diesen Klienten zu helfen, und ich mochte viele von ihnen. Einige kamen mir nicht viel anders vor als die Leute aus meinem Freundes- und Kollegenkreis und meiner Familie – oder eigentlich auch nicht viel anders als ich selbst, bevor ich mich vor vielen Jahren erstmals in Therapie begab. Das war der Punkt, der mich am meisten stutzig machte: Warum reagierte diese Personengruppe auf Gestalttherapie und meine Interventionen so anders als ein Großteil meiner sonstigen Klienten? Wie kam es, dass ihre Gefühle manchmal derart schnell kippten – von Liebe zu Hass und wieder zurück? Außerdem überraschten mich immer wieder ihre heftigen Reakti-

onen auf in meinen Augen relativ nichtige Anlässe. Für mein Empfinden waren diese Begebenheiten nichts, was von uns gemeinsam geschaffen wurde. Eher fühlte es sich so an, als würde irgendetwas an mir – oder der Situation – diese Reaktionen triggern und als wären diese ein Teil eines umfassenderen Musters, das ich einfach nicht begriff. Diese und andere Fragen gaben mir Rätsel auf, und ich wusste: Wenn ich erfolgreich mit diesen Klienten arbeiten wollte, müsste ich mehr über ihre speziellen Bedürfnisse herausfinden und entdecken, wie ich sie da abholen konnte, wo sie waren. Allerdings konnte ich in der Fachliteratur oder meiner Ausbildung zur Gestalttherapie so gut wie nichts finden, das klare Antworten auf meine Fragen bot.

Ich machte mich also daran, meine Wissenslücken zu schließen, indem ich an jedem Seminar über Persönlichkeitsstörungen teilnahm, das sich mir anbot. Bald fand ich heraus, dass viele dieser Kurse für mich nutzlos waren. Die meisten waren sehr theorielastig, ergingen sich in obskurem Fachchinesisch und sagten herzlich wenig zum konkreten Vorgehen in Therapiesitzungen. Kaum einmal wurde darauf eingegangen, wie man mit den tatsächlichen Situationen umgehen kann, die bei der therapeutischen Arbeit mit diesen Klienten immer wieder auftauchen.

Ich wollte, dass mir jemand einen sinnvollen Weg aufzeigen würde, mit den übersteigerten Forderungen meiner Borderline-Klienten nach Fürsorge meinerseits umzugehen. Mit ihrer Neigung, ihre selbstgesteckten Behandlungsziele zu »vergessen«. Und ihrer Wut auf mich und ihrer Enttäuschung, wenn ich ihre Erwartungen nicht erfüllte. Ich brauchte Rat, wie ich meinen narzisstischen Klienten helfen könnte, die unter auf Scham basierenden, von Selbsthass angeheizten Depressionen litten. Und ich wollte wissen, was es zu tun galt, wenn meine Klienten mich herabsetzten. Ich musste wissen, wie ich reagieren konnte, wenn meine schizoiden Klienten mir sagten, dass sie sich von ihrem Körper abgeschnitten fühlten und dass eine unsichtbare Wand zwischen ihnen und anderen herun-

terkam, wenn sie sich verletzlich fühlten. Ach ja, und dann brauchte ich noch eine zuverlässige Möglichkeit, Borderline-Klienten von narzisstischen Klienten abzugrenzen und beide wiederum von schizoiden Klienten. Und da wir schon gerade dabei waren: Könnte mir jemand einmal bitte *in ganz normalem Englisch* erklären, woran ich merken kann, dass jemand für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung infrage kommt? Wo genau verlief die Trennlinie zwischen Neurose, Persönlichkeitsstörung und Psychose?

Ich verbrachte die nächsten fünfundzwanzig Jahre mit der Suche nach Antworten auf diese Fragen. Ich befasste mich mit einer erstaunlichen Bandbreite von Menschen, die jeweils eine andere Herangehensweise an Persönlichkeitsstörungen vorschlugen. Zu meinen Lehrern gehörten die Ich-Psychologen Gertrude und Ruben Blanck, die Selbstpsychologen Anna und Paul Ornstein, der Entwicklungspsychologe Daniel Stern, die Objektbeziehungstheoretiker James F. Masterson und Ralph Klein und der iranische Psychiater Habib Davenloo. Zwischen 1983 und 1992 nahm ich an Workshops und Kursen teil, die von so unterschiedlichen Seiten wie dem William Alanson White Institute, dem Psychoanalytischen Postgraduiertenprogramm der New York University, dem Masterson Institute, der Harvard University Medical School und dem Massachusetts General Hospital, dem New England Educational Institute, dem American Healthcare Institute und dem Cape Cod Symposium angeboten wurden. All diese unterschiedlichen Ansätze halfen mir zu verstehen, warum so wenige Therapeuten optimistisch an die Behandlung von Klienten herangingen, bei denen Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert worden waren. Es existierten kaum klare und brauchbare Leitlinien, über die sich alle Experten einig waren.

Einer der Höhepunkte meiner Auseinandersetzung mit dem besagten Thema kam, als sich mir die Gelegenheit bot, im Rahmen eines von der Harvard University ausgerichteten Forums Otto Kernberg zu hören, der sich eine Debatte mit Alfred Adler über die

angemessene Behandlung von Borderline-Klienten lieferte. Soweit ich mich erinnere, sagte Kernberg Adler, er sei in seinem Umgang mit den – um Kernberg zu zitieren – »primitiven, sadistischen und zornerfüllten Borderline-Patienten« viel zu nachgiebig. Adler gab seelenruhig zurück: »Vielleicht waren sie ja gar nicht so sadistisch und zornerfüllt, bevor sie von Ihnen behandelt wurden.«

Schließlich beschloss ich, mich an James F. Mastersons Ansatz zu halten. Er schien mir am ehesten praxistauglich und sein System unterschied zudem eindeutig zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen. Die meisten anderen Theoretiker, mit denen ich mich befasst hatte, schienen nur jeweils eine der Persönlichkeitsstörungen in den Blick zu nehmen oder wendeten bei allen im Grunde denselben Ansatz an, ob er funktionierte oder nicht. Mastersons Lehren und seine Bücher legten eine in sich schlüssige Theorie dar, die genau das aufgriff, was mein Anliegen war: *Was tun? Warum mache ich es? Wie mache ich es? Was, wenn es nicht funktioniert?* Ich konnte auch sehen, wie ich seine grundlegenden diagnostischen und seine Behandlungsprinzpien in der Gestalttherapie als Orientierungs-»Feld« benutzen könnte. Viele (wenn auch nicht alle) von Mastersons tatsächlichen klinischen Prinzipien deckten sich mit denen der Gestalttherapie. Masterson konzentrierte sich sehr auf die Gegenwart. Man sagte uns, wir sollten Klienten nichts beibringen, und ebenso wenig sollten wir versuchen, die Eltern für sie zu sein, die sie nicht gehabt hatten. Auch sollten wir ihnen keine Ratschläge geben. Masterson pflegte zu sagen, unsere Klienten hätten schon genug Leute, die ihnen durchaus passable Ratschläge gäben. Die spannende Frage laute: »Warum machen sie von den verfügbaren Informationen keinen besseren Gebrauch?« Wir sollten in der Therapiesitzung also stattdessen Voraussetzungen schaffen, die Klienten anspornen, zu lernen, Erkenntnisse zu gewinnen und ihre eigenen Schlüsse zu ziehen.

Ich verbrachte drei Jahre in einer von Ralph Klein geleiteten Studiengruppe des Masterson Institute, gefolgt von nochmals drei Jahren,

in denen ich das formale Weiterbildungsprogramm des Masterson Institute zu Borderline-, narzisstischen und schizoiden Störungen absolvierte. Im Anschluss durchlief ich noch ein Jahr Supervision bei Masterson höchstpersönlich, um dann Mitglied des Lehrkörpers am Masterson Institute zu werden, wo ich Kurse zu Persönlichkeitsstörungen (oder in der Terminologie des Masterson Institute: »Störungen des Selbst«) konzipierte und unterrichtete. Leider war Mastersons System, so nützlich und in sich schlüssig es war, auch sehr starr, voll von Objektbeziehungs-Jargon, und ließ nicht viel Freiraum für Kreativität oder Experimentieren. Ich wusste, dass ich mich davon lösen musste.

Die interpersonelle Gestalt

Eines Tages kam mir eine Erkenntnis, mit der sich alles veränderte. Mir wurde klar, dass sich fast alles, was ich von den psychoanalytischen Theoretikern gelernt hatte, eigentlich ganz einfach und elegant anhand der Theorie des Figur-Grund-Geschehens, einem elementaren Grundprinzip der Gestalttherapie, erklären ließ. Kurz zusammengefasst postuliert diese Theorie, dass unser Wahrnehmungssystem, um aus den ganzen Informationen, die von überallher auf uns einprasseln, einen Sinn abzuleiten, automatisch das zur Figur macht, was sich für uns gerade am überzeugendsten in den Vordergrund drängt. In interpersonellen Situationen bedeutet das, das wir Figuren (Gestalten) aus jenen interpersonellen Informationen bilden dürften, die mit unseren unwiderstehlichsten zwischenmenschlichen Bedürfnissen und Ängsten in Verbindung stehen. Ich habe diese Figuren »interpersonelle Gestalten« genannt. Liegen ferner wichtige unerfüllte interpersonelle Bedürfnisse aus der Ver-

gangenheit vor, so werden diese im gegenwärtigen Moment immer wieder auf Erfüllung drängen. Das wiederum bringt uns dazu, jene Details der aktuellen interpersonellen Situation wahrzunehmen, die eine Erfüllung dieser Bedürfnisse zu versprechen scheinen, selbst wenn eine realistische Einschätzung der Situation ergeben dürfte, dass dies unwahrscheinlich ist. Mit anderen Worten: Die Chancen stehen gut, dass wir das sehen, hören, beachten und erinnern, was uns interessiert. Und dass wir andere potenzielle Möglichkeiten, das interpersonelle Feld zu organisieren, ignorieren oder in den Hintergrund treten lassen.

Auf Persönlichkeitsstörungen übertragen hieße das, dass Therapeuten in der Lage wären, relativ schnell und einfach zwischen Klienten mit Borderline-, narzisstischen und schizoiden Anpassungen zu unterscheiden, wenn sie wahrnehmen, welche Aspekte des interpersonellen Felds ihre Klienten immer wieder besonders beachten. Auf den einfachsten Nenner gebracht: *Borderline*-Klienten beschäftigten sich tendenziell am ehesten mit Einzelheiten des interpersonellen Feldes, die mit Gelegenheiten zusammenhängen, Liebe und Nährendes zu erfahren – oder umgekehrt mit Aspekten, die mit einem möglichen Verlassenwerden oder damit in Verbindung stehen, von den emotionalen Bedürfnissen des Gegenübers »aufgefressen« zu werden. *Narzisstische* Klienten neigen dazu, interpersonelle Details wahrzunehmen, die dazu beitragen könnten, ihr Selbstwertgefühl zu heben, oder die die Möglichkeit in sich bergen, in aller Öffentlichkeit gedemütigt und als »minderwertig« entlarvt zu werden. *Schizoide* Klienten reagieren eher hochgradig sensibel auf interpersonelle Hinweise, die mit Vertrauen und ihrem subjektiven Sicherheitsgefühl im Miteinander zusammenhängen (etwa Signale, die ihre Angst vor Übergriffigkeit anderer wecken). Oder aber auf solche, die existenzielle Ängste wecken, dass sie so viel Abstand zu anderen bekommen könnten, dass sie es nie wieder schaffen, den Kontakt zu ihnen wiederherzustellen.

1997 legte ich in einem Artikel mit dem Titel »Love, Admiration, or Safety: A Gestalt Therapy System for the Diagnosis of Borderline, Narcissistic and Schizoid Adaptations« (»Liebe, Bewunderung oder Sicherheit: Ein System der Gestalttherapie zur Diagnose von Borderline-, narzisstischen und schizoiden Anpassungen«) meine Ideen zur interpersonellen Gestalt dar. Eine abgewandelte Fassung dieser Arbeit wurde in dieses Buch aufgenommen, sie findet sich im folgenden Kapitel.

Meine therapeutische Mission

Mit das Befriedigendste, das bei meinem ganzen Ringen mit der obskuren Terminologie der Objektbeziehungstheoretiker und den (in meinen Augen) unzureichend ausgearbeiteten Ideen der Gestalttherapie herauskam, die Perls, Hefferline und Goodman (1997) geäußert hatten, ist, dass es mir half, das zu ermitteln, was ich für die zentralen Säulen meiner therapeutischen Mission und meines Arbeitsstils halte:

1. Klarheit

Als ich die unterschiedlichen Punkte zu assimilieren begann, die ich über Borderline-, narzisstische und schizoide Anpassungen gelernt hatte, wurde mir klar, dass die meisten Fachleute auf diesem Gebiet, Masterson inbegriffen, auf eine Art und Weise zu diesem Thema lehrten und schrieben, die es unnötig schwer – und, wenn ich das sagen darf, langweilig – machte, sich damit zu beschäftigen. In mir wuchs die Überzeugung, dass ich das besser hinbekommen könnte. Ich gelobte mir, in meinen Texten ein simples Englisch zu ge-

brauchen, eventuell verwendete Fachbegriffe zu definieren und viele interessante klinische Beispiele anzuführen, die veranschaulichen würden, worum es mir ging. Vor allem würde ich nicht den Humor verlieren. Ich will, dass es Freude macht, das von mir Geschriebene zu lesen, und ich will, dass mir das Schreiben Spaß macht.

Mein Ziel ist, dass mich jede Therapeutin, jeder Therapeut versteht. Natürlich möchte ich, dass entsprechend vorgebildete Theoretiker mit einem Hintergrund im Thema Persönlichkeitsstörungen meinen Beitrag hierzu lesen und nutzen können. Allerdings will ich auch, dass die typischen schlecht bezahlten Therapeutinnen und Therapeuten von Kliniken, die möglichst kostengünstige Behandlungen anbieten sollen, mit ihrem Abschlussdiplom und ein wenig therapeutischer Aus- und Weiterbildung die zentralen Punkte, auf die es mir ankommt, schnell erfassen und meine Behandlungsvorschläge umsetzen können. Viele therapeutisch Tätige haben weder die Mittel noch die Zeit oder den Ehrgeiz, jahrelang spezialisierte Verfahrensweisen zu erlernen, bevor sie anfangen, Klienten zu betreuen. Einige sind noch damit beschäftigt, ihr Studiendarlehen abzuzahlen, und müssen erst einmal Geld verdienen, bevor sie an ein Aufbaustudium denken können. Genau diese Personengruppe braucht am dringendsten eine für sie zugängliche Form der Orientierung.

Hinzu kommt die ungünstige Tatsache, dass ein Großteil der Fachliteratur zu Persönlichkeitsstörungen in einer hochgradig spezialisierten und potenziell einschüchternden Fachsprache verfasst ist. Ich habe mich daran gemacht, etwas zusammenzustellen, das ich »Greenbergs Glossar« nenne und das sich als Abschlusskapitel hier in diesem Buch findet. Es ist ein Projekt, an dem ich kontinuierlich weiterarbeite. In diesem Glossar definiere ich kurz viele der Fachausdrücke, die ich in meinen Texten verwende. Ich bin mir durchaus bewusst, dass andere Theoretiker die einzelnen Begriffe vielleicht anders definieren und dass meine kurzen Definitionen der Komple-

xität dieser Themen nicht gerecht werden. Mein Ziel besteht jedoch darin, auf simple Weise zu definieren, wie ich diese Bezeichnungen verwende, sodass meine Leserinnen und Leser die grundlegenden Punkte verstehen können, um die es mir geht und bei Bedarf später eigene Recherchen dazu anstellen können. Jeder und jede muss irgendwo anfangen, und ich biete einen Einstiegspunkt.

2. Handouts

Nachdem ich beschlossen hatte, dass von mir vorgestellte, gegebenenfalls neue Konzepte leicht verstanden sowie schnell begriffen und genutzt werden sollen, wurde mir klar, dass der effizienteste Weg dorthin darüber laufen würde, meine eigenen Handouts zu erstellen anstatt mich darauf zu verlassen, dass die Teilnehmer die Inhalte richtig mitschreiben oder sich merken, was ich gesagt habe. Ich weiß, dass einige in meinem Kollegenkreis die Sorge haben, damit Introjektion zu befördern, aber ich mache mir eher Gedanken darüber, dass Teilnehmer nach Hause gehen, ohne meine grundlegenden Punkte richtig verstanden zu haben. Ich weiß noch, wie wenig ich aus den vielen Seminaren gelernt habe, an denen ich teilnahm. Wenn ich mit einer einzigen klaren Idee aus einem solchen Seminar herauskam, war das schon eine Menge. Auch bezogen darauf dachte ich mir, dass ich da Besseres anbieten könnte. Eines meiner Lieblingskapitel in diesem Buch, »Ein kurzer Abriss zu Borderline-, narzisstischen und schizoide Persönlichkeitsanpassungen«, begann als achtunddreißigseitiges Handout, das ich als Begleitmaterial für eine Vortragsreihe von mir in Großbritannien verfasst hatte.

3. Konkrete Handlungsanweisungen

Ein Großteil der psychotherapeutischen Fachliteratur scheint sich ausführlich über die Theorie auszulassen und nur kurz darüber, wie sich die Theorie in der Sitzung mit einem Klienten in der Praxis anwenden lässt. Ich beschloss, hier Abhilfe zu schaffen, indem ich eine Reihe von Artikeln verfasste, in denen ich ausführlich konkrete klinische Interventionen darlegte, die sich für mich als besonders nützlich erwiesen haben. Zwei meiner Lieblingsartikel wurden für die Aufnahme in dieses Buch entsprechend überarbeitet und adaptiert: »Undoing the Shame Spiral: Working with a Narcissistic Client Trapped in a Self-Hating Depression« (2010) (in diesem Buch unter der Überschrift: »Die Schamspirale zurückdrehen: Therapeutische Arbeit mit narzisstischen Klienten, die in einer von Selbsthass geprägten Depression gefangen sind«) sowie »Goals and the Borderline Client« (2014) (in diesem Buch unter »Borderline-Klienten und Ziele«).

4. Entstigmatisierung

Eines meiner Ziele, wenn ich über Borderline-, narzisstische und schizoide Anpassungen der Persönlichkeit schreibe, ist eine Entstigmatisierung dieser Diagnosen durch breiteres Streuen von Wissen. Die meisten Therapeuten sind nicht dafür ausgebildet, diese Klienten zu diagnostizieren oder zu behandeln. Mangelndes Fachwissen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Therapie nicht anschlägt, was wiederum den generellen Eindruck verstärkt, dass man davon ausgehen müsse, dass diese Gruppe wohl eher nicht von Psychotherapie profitiere und dass sie schwer zu behandeln sei. Hinzu kommt, dass in der Regel nur bei den funktionell am meisten eingeschränkten Klienten, die ihre Störung auf offenkundige und unangenehme Weisen ausagieren, je eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wird.

All das zusammen bringt viele Therapeuten dazu, zu glauben, dass alle Klienten mit Borderline-, narzisstischen oder schizoiden Persönlichkeitsanpassungen schwer zu therapieren sein dürften. Das trifft schlichtweg nicht zu. Mit dem entsprechenden Wissen und dem passenden therapeutischen Instrumentarium können die meisten Therapeuten Wege erlernen, diesen Klienten zu helfen.

Ein weiterer Punkt ist der, dass funktionell besser aufgestellte Klienten, die unter genau denselben Kernproblemen leiden wie niederfunktionale, selten die richtige Diagnose erhalten. So zum Beispiel ist es unwahrscheinlich, dass bei einer in einem qualifizierten Beruf tätigen Frau, die im Alltag gut funktioniert und Sinn für Humor hat, jemals eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wird, da sie nicht zu dem stereotypen Profil passt – selbst wenn ihr ganzes Leben darum kreist, Liebe und Nachbeelterung zu suchen und ein Verlassenwerden zu vermeiden (klassische Borderline-Themen). Das bedeutet, dass die Kernproblematiken der Klientin in der Therapie vermutlich übersehen werden, und es ist unwahrscheinlich, dass der Therapeut oder die Therapeutin wirklich versteht, inwiefern die meisten Ängste und Schwierigkeiten im Leben der Person damit zusammenhängen, dass sie eine Borderline-Persönlichkeitsanpassung vollzogen hat.

Zum Ziel dieses Buches

Das Ziel dieses Buches ist leicht umrissen: *an einem Ort klare und praxistaugliche Informationen dazu zusammenzutragen, Klienten zu erkennen und mit Klienten zu arbeiten, bei denen Borderline-, narzisstische oder schizoide Anpassungen der Persönlichkeit stattgefunden haben*. Es ist das Buch, das ich zu Beginn meiner therapeutischen Laufbahn liebend gern

zur Hand gehabt hätte und nie finden konnte. In diesem Buch lasse ich Sie an meinen Antworten auf Fragen teilhaben, die vielen Psychotherapeuten Rätsel aufgeben – Fragen, die mir von Workshop-Teilnehmern oft gestellt werden: Was sind Persönlichkeits-»Störungen«? Woran erkenne ich sie? Worin unterscheiden sich Borderline-, narzisstische und schizoide Störungen? Kann ein und dieselbe Person mehr als eine dieser Störungen haben? Sind die Betroffenen psychotherapeutisch behandelbar? Wenn ja, wie?

Obwohl ich in diesem Buch auch Theorien aufstelle, geht es hier nicht um Theorie. Der Schwerpunkt liegt für mich konsequent darauf, auf welche Weise die Theorie in sinnvolle Interventionen in einer Sitzung einfließt. Mein Ziel war, die Fragen zu beantworten, die ich in der Einleitung zu diesem Buch gestellt habe: Was mache ich? Warum mache ich es? Wie mache ich es? Was, wenn es nicht funktioniert?

Liebe, Bewunderung oder Sicherheit? Die Gestalt als Weg zur Diagnose von Borderline-, narzisstischen und schizoiden Anpassungen[1]

Wenn man Ihnen auftragen würde, schnell zu entscheiden, was Ihnen bei Ihren Beziehungen wichtiger ist – die Liebe anderer, ihre Bewunderung oder Geborgenheit und Sicherheit – werden Sie vielleicht feststellen, dass instinktiv einer dieser drei Aspekte die größere Anziehungskraft für Sie hat. Vielleicht finden Sie auch die bloße Frage seltsam, da nichts davon für Sie in Ihren Beziehungen besonders im Vordergrund steht oder aber Ihnen alle drei Punkte gleich wichtig vorkommen.

Ich stelle jedoch immer wieder fest, dass meinen Klienten mit Anpassungen des Selbst, vor allem denjenigen, die landläufig als Menschen mit Borderline-, narzisstischen oder schizoiden Störungen beschrieben werden, die Wahl hier überraschend leichtfällt. Borderline-Klienten ist Liebe so gut wie immer wichtiger als Bewunderung oder Sicherheit. Für narzisstische Klienten rangiert Bewunderung an erster Stelle, so gut wie alles andere ist sekundär. Und schizoide Klienten müssen sich um jeden Preis sicher fühlen, oder sie können emo-

tional gar nicht genug präsent sein, um überhaupt etwas von Liebe oder Bewunderung zu haben.

Die interpersonelle Gestalt

Mein Punkt ist der, dass wir auf einem schnellen und einfachen Weg ziemlich viel über unsere Klienten in Erfahrung bringen können, indem wir einfach beobachten, was bei ihnen im Umgang mit anderen üblicherweise im Vordergrund steht. Ich nenne die Figur, die sich bei ihnen standardmäßig zeigt, ihre »interpersonelle Gestalt« (IG). Im allgemeinsten Sinn ist die interpersonelle Gestalt die Ordnung, die wir im jeweiligen Moment in unserem interpersonellen Feld sehen: Was von den vielen interpersonellen Möglichkeiten zur Figur wird und was zum Grund? Hierzu gehört zum Beispiel, welche Rolle wir im Rahmen einer Interaktion spielen möchten. Wie wir vom anderen gesehen und behandelt werden wollen. Wie wir uns während der Interaktion zu fühlen erwarten. Und wonach wir uns im Hinblick auf die andere Person insgeheim sehnen oder wovor wir Angst haben.

Die interpersonelle Gestalt folgt den gleichen Gesetzen wie andere Gestaltgeschehen. Unsere Interessen, Bedürfnisse, Erwartungen, Physiologie, Kultur, unsere Geschichte und unser Temperament – sie alle haben Einfluss darauf, was für uns zur Figur wird. Wir neigen dazu, die Dinge wahrzunehmen, die wir wollen, brauchen oder fürchten. Daher ist davon auszugehen, dass wir besonders auf interpersonelle Signale ansprechen, die entweder die Erfüllung unserer größten Sehnsüchte und unerfüllten Bedürfnisse versprechen oder aber unsere tiefsten Ängste auf zwischenmenschlichem Gebiet wecken. Wer von uns in der Vergangenheit interpersonelle Traumen wie Verlassenwerden, körperliche Gewalt oder Demütigung erfah-

ren hat, neigt dazu, extrem sensibel auf interpersonelle Signale zu reagieren, die die Angst wecken, ein weiteres Mal solche Traumen zu erleben. Jemand, der laute Stimmen mit Prügel in Verbindung bringt, wird seine interpersonelle Gestalt tendenziell so organisieren, dass laute Stimmen besonders leicht zur Figur werden.

Die Idee einer interpersonellen Gestalt weist gewisse Überschneidungen mit der Vorstellung der Objektbeziehungstheoretiker von einer inneren Objektbeziehungseinheit auf, die aus einer Sicht des Selbst und einer Sicht des Objekts (der anderen Person) besteht, deren Verbindungselement ein charakteristischer Affekt ist. Diese bei der Interaktion zwischen Klient und Therapeut aktivierte Einheit bewirkt, dass der Klient sich selbst und den Therapeuten verzerrt wahrnimmt. Bei Klienten mit neurotischen Problemen wird diese Verzerrung üblicherweise als »Übertragung« bezeichnet; oder bei Anpassungen des Selbst als ein »Ausagieren in der Übertragung« (Masterson 1981).

Um die Begrifflichkeit der Gestalttherapie zu benutzen, entsteht die Übertragung durch die vom Klienten nicht bewusst registrierte Reaktion auf jene Details der interpersonellen Situation, die am meisten mit seinem aktuellen emotionalen Bedürfnis zusammenhängen oder dem, womit er sich gerade am meisten beschäftigt. Das heißt, »Übertragung« beschreibt letztlich ein Figur-Grund-Geschehen.

Die interpersonelle Gestalt deckt sich zudem mit Daniel Sterns Idee der RIGs (Representations of Interactions that have been Generalized). Hierbei geht es um wiederholte Interaktionserfahrungen, die im Laufe der Zeit verinnerlicht und aus denen Verallgemeinerungen abgeleitet werden. Die Idee ist, dass der Säugling auf der Basis immer wieder gemachter früher Erfahrungen mit der Mutter oder einer sonstigen primären Bezugsperson innerlich ein auf Hirnprozessen basierendes Fazit im Hinblick auf Interaktionen zieht, das dann zur Basis für seine späteren Beziehungserwartungen wird (Stern 2016).

Als Gestalttherapeuten interessiert uns jedoch – anders als die Objektbeziehungstheoretiker oder als Entwicklungstheoretiker wie Stern – hauptsächlich der Prozess, wie Individuen sich durch selektive Auswahl aus allen verfügbaren Informationen ihre Wirklichkeit erschaffen. Und uns geht es in erster Linie um die interpersonellen Aspekte des individuellen Erlebens, die sich an der Kontaktgrenze beobachten lassen (der Grenze zwischen dem jeweiligen Organismus und seiner Umgebung). Uns interessiert also mehr, wie Menschen sich gegenwärtig, im jeweiligen Moment ihre Realität erschaffen. Theorien zu nicht beobachtbaren, hypothetischen Konstrukten wie Objektbeziehungseinheiten oder RIGs interessieren uns dabei in der Regel weniger.

Aus meiner Sicht könnte die Idee einer in der Sitzung beobachtbaren interpersonellen Gestalt ein nützliches Bindeglied zwischen Gestalttherapie und den Entwicklungs- und Objektbeziehungstheoretikern darstellen. Die Entwicklungstheoretiker stellen Hypothesen dazu auf, wie Kindheitsbeziehungen physiologisch im Gehirn kodiert und abgelegt werden. Die Objektbeziehungstheoretiker befassen sich damit, wie das Individuum diese psychophysiologischen Repräsentationen im Erwachsenenalter organisiert und auf sie zurückgreift. Die Gestalttherapie hingegen mit ihrem Schwerpunkt, zu beobachten und zu erfahren, was im gegenwärtigen Moment abläuft, bietet einen Weg, zu verfolgen, wie diese innerlichen Landkarten interpersonell in jedem einzelnen Augenblick zum Tragen kommen – wie aus RIGs die IG wird.

Die interpersonelle Gestalt ist ein Prozess

Konzeptionell beschreibt die interpersonelle Gestalt wirklich einen unentwegt ablaufenden Prozess, der in jedem einzelnen Moment über den Mechanismus des Figur-Grund-Geschehens an der

Kontaktgrenze stattfindet und immer wieder umgestaltet wird. Das heißt, wenn wir dasitzen, schauen und einer anderen Person zuhören, werden bestimmte Aspekte dessen, was wir sehen, hören, riechen oder anderweitig über unsere Sinne wahrnehmen – je nachdem, wie unsere Bedürfnisse und Interessen in diesem Moment gelagert sind –, für uns zur Figur, während andere in den Hintergrund treten. All das wird durch unsere verinnerlichten erlernten Erwartungen im Hinblick auf nahe Beziehungen gefiltert, die verschlüsselt in unserem Gehirn gespeichert wurden (Sterns RIGs). Das bringt uns dazu, aufmerksamer auf Signale in unserem Organismus und Umgebungsfeld zu achten, die sich mit unseren Annahmen decken. Jemand, der generell eher erwartet, dass zwischenmenschliche Beziehungen befriedigend verlaufen und erfüllend sind, dürfte theoretisch also eher interpersonelle Signale wahrnehmen, die mit einem wechselseitigen guten Gefühl in Verbindung stehen, als jemand, der erwartet, zurückgewiesen zu werden.

Wenn wir von den Kriterien für einen »gesunden« Gestaltbildungsprozess ausgehen, die wir aus der Gestalttherapie kennen, können wir also sagen, dass eine interpersonelle Gestalt in dem Umfang gesund ist, wie sie nicht auf Störungen an der Kontaktgrenze aufbaut, etwa Konfluenz, Projektion, Introjektion und Retroflektion, und dass das Wechselspiel beim Figur-Grund-Geschehen von Aufmerksamkeit, Konzentration, Interesse, Beteiligtsein, Erregung und Anmut (Perls et al. 1997) gekennzeichnet ist. Eine etwas langatmige Art, zu sagen, dass unsere interpersonelle Gestalt in dem Maße gesund ist, wie wir tatsächlich voll und ganz beim anderen sein und lebendig die Möglichkeiten des Augenblicks erfassen können.

Feste Gestalt und flexible Gestalt

Bei Klienten mit Anpassungen des Selbst ist die interpersonelle Gestalt »fest« statt »flexibel«. Das heißt, sie organisieren alle oder die meisten ihrer Beziehungen hartnäckig nach dem gleichen Prinzip, statt Raum dafür zu geben, dass die einmaligen Merkmale der jeweiligen Beziehung und der Fluss der Interaktion im jeweiligen Moment darüber entscheiden, was für sie Figur ist und was Grund. Vermutlich geht dies darauf zurück, dass diese Klienten enorme unerfüllte interpersonelle Bedürfnisse von früher haben, die auf Erfüllung drängen. Dementsprechend richten sie das interpersonelle Feld ständig danach aus, was ihnen die beste Chance zu bieten scheint, die Situation, mit der sie noch nicht abgeschlossen haben, zu einem Ende zu bringen.

Diese Dynamik deckt sich mit dem grundlegenden Prinzip der Gestaltpsychologie, dass Unerledigtes aus der Vergangenheit nach Erfüllung in der Gegenwart drängt (Perls et al. 1997). Außerdem wirkt sich die akute Natur des Bedürfnisses störend darauf aus, inwieweit die Klienten in Gegenwart anderer voll und ganz präsent sein und treffsicher beurteilen können, wer sie sind. Also werden die Betroffenen eher eine ihrer Rollen im Rahmen ihres unabgeschlossenen interpersonellen Dramas von damals auf andere projizieren und die Reaktion des Gegenübers dann oft missverstehen, da die Betroffenen diese nur aus der Perspektive ihrer eigenen unerfüllten Bedürfnisse und Ängste sehen. Je größer die Not, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie eine Gestalt entwickeln, die sich auf unzutreffende Informationen stützt.

Die interpersonelle Gestalt bei Borderline-Anpassungen

Menschen mit einer Borderline-Störung haben meist irgendeine Erfahrung von frühem emotionalen Verlassenwerden oder Missbrauch hinter sich. Dabei muss die Person nicht einmal böswillig oder absichtlich verlassen worden sein, damit diese Erfahrung negative Auswirkungen hat. So zum Beispiel kann es für eine Zweijährige auch traumatisch sein, eine kranke Mutter zu haben, die unvermittelt für längere Zeit in eine Klinik muss und somit als Bezugsperson ausfällt.

Ohne emotional mit dem versorgt worden zu sein, was sie gebraucht hätten, um eigenständige, reife Individuen zu werden, und mit ihrer Angst davor, verlassen zu werden, bleiben im Leben von Borderline-Klienten jede Menge unerfüllte emotionale Bedürfnisse zurück und sie kämpfen mit vielen Schwierigkeiten. Ungeachtet ihres realen Alters neigen sie dazu, sich eher wie Kinder und außerstande vorzukommen, ihr Leben eigenständig nach ihren Bedürfnissen zu strukturieren. Wie Kleinkinder sind sie in der Regel sehr impulsiv und emotional. Sie inszenieren Dramen, die immer wieder mit Ablösung und Individuation zusammenhängen und verhaltensmäßig von Anklammern beziehungsweise der Herstellung von Distanz sowie einem Fokus auf intensive persönliche Beziehungen zu jeweils einer anderen Person gekennzeichnet sind (Greenberg 1989b).

Infolgedessen neigen Borderline-Klienten dazu, im interpersonellen Feld nur jene Details wahrzunehmen, die ihrem dringenden Bedürfnis nach Liebe und nährender Fürsorge entsprechen, oder – alternativ – bei denen ihre Angst davor, vom anderen vereinnahmt oder von ihm verlassen zu werden, zum Tragen kommt. Andere Details, die ihnen zu einer zutreffenderen Wahrnehmung des Gegenübers verhelfen würden, werden nicht weiter zur Kenntnis genom-

men, denn emotional relevant ist nur das, was mit ihren unerfüllten Bedürfnissen nach Liebe und Nährendem zu tun hat. Derartige Details heben sich dann als Figur vom Grund ab und bringen die Betroffenen öfter, als es die realen Gegebenheiten rechtfertigen, dazu, die Rolle des liebenden Elternteils oder des/der hingebungsvollen Liebsten auf ihr Gegenüber zu projizieren. Die Betroffenen sind verletzt und wütend, wenn sich das Handeln anderer nicht mit ihren Projektionen verträgt. Allerdings führt eine Zurückweisung dieser Art nicht zu einer realistischeren Sicht der anderen Person. Vielmehr kehren sie die Projektion nur um: Fortan nehmen sie nur Details wahr, die sie in ihrer Sicht des anderen als schlechter Mutter, schlechtem Vater oder abweisendem Liebespartner bestärken.

Obwohl sich Borderline-Betroffene verstandesmäßig gewahr sein mögen, dass das Dasein ihres Gegenübers vielleicht noch mehr umfasst als das, was Inhalt ihrer Projektionen ist, und obwohl sie vielleicht auch verstehen, dass das, was sie sich von der Situation versprechen, irgendwie unangemessen ist, kommt an diesem Punkt als Abwehrstrategie der Prozess der »Spaltung« (die abwechselnde Präsenz zweier fixer interpersoneller Gestalten, durch die einander widersprechende affektive Zustände voneinander getrennt gehalten werden) und der »Verdrängung« ins Spiel (der Weigerung, das zu sehen, was eigentlich auf der Hand liegt, da dies emotional schmerzhaft wäre). Dieser Prozess hilft ihnen, ihr Verhalten zu rechtfertigen und sorgt dafür, dass ihnen die Unangemessenheit des Ganzen nicht bewusst wird. Es ist, als läge ihrem Leben ein Drehbuch für zwei zugrunde. Wenn die Person Julia ist, so muss natürlich jeder Mann, zu dem sie sich hingezogen fühlt, Romeo sein. Oder wenn sie das Kind ist, müssen Sie natürlich die Mutter oder der Vater sein. Sie können nur der gute Romeo oder der schlechte Romeo sein, die gute Mutter oder die schlechte, der gute Vater oder der schlechte. Andere Möglichkeiten fühlen sich für diese Klienten emotional nicht real an und interessieren sie nicht sonderlich.

Die interpersonelle Gestalt bei narzisstischen Anpassungen

Hochgradig narzisstische Menschen sind außerstande, ihr Selbstwertgefühl eigenständig zu regulieren. Sie benötigen die Bestätigung durch andere, um nicht in mit Selbsthass verbundene Depressionen zu verfallen. Gekennzeichnet sind diese Depressionen von einer abgrundtiefen Scham über ihre, wie es ihnen scheint, irreparablen Mankos. Dementsprechend verwenden die Betroffenen Unmengen von Zeit und Energie auf Versuche, andere zu beeindrucken. Dieses dringende Bedürfnis nach Bestätigung des eigenen Selbstwertgefühls durch die Außenwelt führt dazu, dass viele Narzissten allzu sehr von Statussymbolen abhängig sind, die ihren Wert demonstrieren. Zudem neigen sie dazu, der Nähe zu anderen, die in ihrer Kultur einen hohen Status innehaben, eine zu große Bedeutung beizumessen (Greenberg 1996).

Ihr permanentes innerliches Beschäftigtsein mit Status und Bestätigung, gekoppelt mit ihrer mangelnden Fähigkeit, sich ihres eigenen Werts zu versichern, ohne auf die ständige Bewunderung anderer angewiesen zu sein, bewirkt, dass Narzissten äußerst sensibel für alle Aspekte des Organismus und des Umgebungsfelds sind, die mit Status, Bewunderung und Anerkennung zusammenhängen – oder umgekehrt mit Kritik, Demütigung und Scham. Daher verhalten sie sich oft so, als stünde jeder, der ihnen begegnet, vor ihnen, um sie entweder zu bewundern oder zu beschämen – geradezu so, als seien das die einzig denkbaren und angemessenen Reaktionen des Gegenübers. Von all den reichen Möglichkeiten, die der interpersonelle Grund bieten könnte, treten für den Narzissten nur solche als Figur hervor, die mit Bewunderung, Bestätigung oder Demütigung zu tun haben. Als Gegenüber werden Sie dabei entweder zum bewundernden oder überkritischen Publikum. Narzissten kommt gewöhnlich gar nicht in den Sinn, dass andere eine unabhängige Exis-

tenz und ein Eigenleben losgelöst von ihnen und ihrem Bedürfnis nach Bestätigung führen, da diese Details der Situation für sie nur selten in den Vordergrund treten (zur Figur werden).

Die interpersonelle Gestalt bei schizoiden Anpassungen

Schizoide Individuen schätzen andere unentwegt danach ab, ob sie potenziell eine Gefahr für ihr fragiles Selbstgefühl darstellen. Verhaltensweisen anderer, von denen sie sich psychisch überrollt fühlen (etwa wenn das Gegenüber sehr laut und forsch auftritt oder sie bedrängt und herumkommandiert, ohne sie als Person zu würdigen), werden als so gefährlich und vernichtend für ihr Gefühl für die eigene Person erlebt, dass sie in der Regel zu den Figuren werden, um die schizoid ausgerichtete Menschen ihr interpersonelles Feld organisieren. Bei jedem interpersonellen Ereignis stehen Sicherheitserwägungen im Vordergrund. Andere, weniger bedrohliche Aspekte der Interaktion treten demgegenüber in den Hintergrund. Das bedeutet allerdings nicht, dass Menschen mit schizoider Anpassung der Persönlichkeit nicht gleichzeitig auch einen tiefen Wunsch nach Liebe oder Bestätigung hätten – nur steht in ihrer Bedürfnishierarchie die Sicherheit im menschlichen Miteinander an erster Stelle.

Ein Beispiel für die interpersonelle Gestalt bei Borderline-Anpassungen

Ein gutes Beispiel für eine Borderlinerin, die ihre interpersonelle Welt rund um die Figur »Liebe« organisiert, ist die verstorbene Lady Di. Ich habe sie zwar nie persönlich kennengelernt, aber ihre Geschichte ähnelt in ihren Grundzügen so sehr der vieler meiner Bor-

derline-Klientinnen und -Klienten, dass es mir angebracht scheint, sie zur Veranschaulichung heranzuziehen. Eine eher *narzisstisch* geprägte Frau hätte vielleicht entschieden, über die Untreue von Prinz Charles hinwegzusehen, um eines Tages Königin von England zu sein. Eine *schizoide* Frau hätte die Gefühlskälte der königlichen Familie nicht als derart verheerend erlebt. Diana wollte Wärme und Liebe und war bereit, so ziemlich alles aufs Spiel zu setzen, um wenigsten dem Anschein nach etwas zu bekommen, was in diese Richtung ging, denn ohne Wärme und Liebe war das Leben für sie nicht lebenswert. Wenn Charles ihr keine Beachtung schenkte, fügte sie sich Selbstverletzungen zu und versuchte sich zu suizidieren, oder aber sie hatte desaströse Affären mit unpassenden Männern. Auch als sie an das britische Volk gewandt sagte, sie wolle seine »Königin der Herzen« sein, bestätigte sie damit, dass das Wichtigste für sie war, geliebt zu werden und zu lieben.

Nach dem Schema, das ich hier anbiete, organisierte sich Dianas interpersonelle Gestalt rund um Liebe, nicht um Bewunderung oder Sicherheit. Indem sie sich selbst als »Königin der Herzen« titulierte, traf sie eine klare Aussage darüber, wie sie sich selbst sah und wie sie von anderen gesehen werden wollte. Sie war sehr warmherzig, hatte großes Mitgefühl mit dem Leiden anderer und suchte unablässig nach Gelegenheiten, Liebe zu geben und zu bekommen. Menschen und Situationen, die diese Chancen zu bieten schienen, waren für sie im Gestaltsinne Figur: Sie hoben sich klar von einem Hintergrund anderer möglicher Wege ab, die Wirklichkeit zu strukturieren.

Diagnose

Die Idee einer interpersonellen Gestalt, die sich an der Kontaktgrenze beobachten lässt, bietet sowohl erfahrenen Therapeuten als auch Neulingen auf dem Gebiet eine einfache Möglichkeit, bei Klienten im Schnellverfahren eine »Störung des Selbst« diagnostizieren zu können sowie zwischen Borderline-, narzisstischen und schizoiden Anpassungen der Persönlichkeit zu unterscheiden. Daneben hilft sie, das Augenmerk des Therapeuten oder der Therapeutin auf das zu lenken, was in meinen Augen die »größer angelegte Gestalt« ist: den Subtext unerfüllter emotionaler Bedürfnisse, die vielen Alltagsproblemen zugrunde liegen, mit denen Klienten in eine Sitzung zu kommen pflegen. Indem der Therapeut oder die Therapeutin diese unerfüllten Bedürfnisse zur Figur macht, kann er oder sie auf mehreren Ebenen gleichzeitig denken und sich Fragen stellen wie: Wie passt das, was ich in der heutigen Sitzung sehe, in das umfassendere Bild – wie dieser Klient oder diese Klientin sich am Arbeitsplatz, zu Hause und im Freundeskreis verhält? Was bezweckt mein Klient, meine Klientin, mit diesem Verhalten? Was hat ihn oder sie dazu gebracht, speziell dieses Bedürfnis zur Hauptsache im eigenen Leben zu machen?

Mir ist klar, dass sich nicht jeder Klient fein säuberlich in die eine oder andere dieser Kategorien (Borderline-, narzisstische oder schizoide Anpassungen) einordnen lässt. Und mir ist auch klar, dass es selbst bei denen, wo dies möglich ist, in der Therapie noch um weitere Aspekte geht als die interpersonellen. Meiner Erfahrung nach ist die Idee der interpersonellen Gestalt jedoch eine nützliche Möglichkeit, mich in einer Sitzung immer wieder darauf auszurichten, was zwischen mir und dieser Person abläuft – und das ist gerade bei Klienten mit dem größten Überhang an in der Vergangenheit unerfüllt gebliebenen Bedürfnissen von großem Nutzen. Das sind die

Klienten, bei denen man am ehesten davon ausgehen kann, dass sie ihr interpersonelles Drama mit Ihnen, ihrem Therapeuten oder ihrer Therapeutin, auf eine heftige und unübersehbare Weise reinszenieren; dass sie Druck auf Sie ausüben, die Rolle zu erfüllen, die sie Ihnen zugedacht haben; und dass sie enttäuscht und wütend reagieren, wenn Sie nicht automatisch auf ihre Projektionen eingehen.

Fallszenario

Hier ein Beispiel dafür, woran sich die interpersonelle Gestalt während einer Sitzung beobachten lässt: Eine neue Klientin kommt in Ihre Praxis. Sie nimmt einen Stuhl in Ihrer Nähe und kauert sich auf ihm zusammen. Sie spricht Sie mit Ihrem Titel und Nachnamen an, möchte jedoch von Ihnen mit dem Vornamen angesprochen werden, weil sie sich damit nach eigener Aussage wohler fühlen würde (obwohl sie beide in etwa gleichaltrig sind). Ohne großes Zögern beginnt sie Ihnen sehr emotional zu schildern, wie es ihr mit ihrem Leben gerade ergeht und warum sie zu Ihnen kommt. Sie spricht frei heraus und beginnt zu weinen. Sie sieht sich nach Papiertaschentüchern um, sieht nirgendwo welche, und schaut Sie dann kläglich an, bis Sie sich verpflichtet fühlen, ihr welche aus Ihrer eigenen Packung anzubieten.

Wir können an diesem Punkt vielleicht noch nicht eindeutig sagen, was für die Klientin bei dieser Interaktion Figur ist. Aber wir wissen aufgrund dieser kleinen Kostprobe ihres Verhaltens durchaus schon, was für sie scheinbar *nicht* im Vordergrund steht. Es wäre unwahrscheinlich, dass sich bei dieser Klientin später herausstellt, dass sie unter gravierenden schizoiden Schwierigkeiten leidet. Die meisten schizoiden Individuen nutzen Distanziertheit und Abgeklärtheit als Abwehrmechanismen und werden deshalb zu Beginn der Therapie tendenziell zurückhaltender und verschlossener sein, als es bei

dieser Klientin der Fall zu sein scheint. Schizoide Klienten wählen in der Regel, da die interpersonelle Sicherheit für sie Figur ist – sofern sie die Wahl haben – eher einen weit vom Therapeuten entfernten Sitzplatz. Ein Stück weit kann man auch eher davon ausgehen, dass sie es gern förmlicher haben und lieber gesiezt und mit dem Nachnamen angesprochen werden möchten. Zudem sind sie selten bereit, sich vor dem Therapeuten oder der Therapeutin gleich in der ersten Sitzung verletzlich zu zeigen, indem sie weinen und ihre wahren Gefühle zeigen. Sie neigen zu Heimlichtuerei oder zumindest Vorsicht, wenn es darum geht, sich zu offenbaren, und es ist unwahrscheinlich, dass sie sich so offen äußern wie die beschriebene Frau.

Es finden sich aber noch weitere Hinweise im Hinblick darauf, was für die obige Klientin im Vordergrund steht. Ihr ist es lieber, mit dem Vornamen angesprochen zu werden, während sie die Therapeutin (oder den Therapeuten) lieber mit Titel und Nachnamen anspricht. Vor diesem Hintergrund ist es unwahrscheinlich, dass diese Klientin bei ihrer Therapie eine Beziehung auf Augenhöhe und zwischen zwei Erwachsenen möchte. Dies, gekoppelt mit dem stummen Appell, ihr ein Papiertaschentuch zu reichen, verweist gewöhnlich auf eine Präferenz für eine Beziehung, in der die therapeutische Begleitperson die reife, nährende und fördernde Autorität ist, während die Klientin die Rolle des unglücklichen »Kükens« übernimmt, das Nahrung braucht und angeleitet werden muss.

Eine andere Möglichkeit wäre die, dass bei der Klientin eine narzisstische Persönlichkeitsanpassung vorliegt und dass sie sich damit wohlfühlt, zu weinen, da sie annimmt, die Therapeutin sei ein bewunderndes Publikum, das sie in ihrer Sichtweise automatisch bestärken wird. In diesem Licht betrachtet unterstreicht ihre Präferenz für die Verwendung von Titel und Nachname der Therapeutin vielleicht, dass die Person, von der sie sich Validierung verspricht, eine wichtige Autoritätsperson ist. Wenn Sie sich jedoch die Frage stellen, welche Gefühle Sie selbst als Therapeut oder Therapeutin dieser

Klientin gegenüber haben, merken Sie, dass Sie sie mögen und sich um sie kümmern möchten. Etwas an ihr weckt Ihren Beschützerinstinkt. Sie kommen sich eigentlich nicht wie ein bewunderndes oder kritikbereites Publikum vor – Sie sind eher besorgt.

Im weiteren Verlauf der Therapie wird immer offenkundiger zutage treten, welche Aspekte der therapeutischen Situation für die Klientin gewohnheitsmäßig in den Vordergrund treten und welche Bestandteile des nicht gesehenen Hintergrunds bleiben. Diese erste Sitzung jedoch verweist darauf, dass sich der interpersonelle Tanz von Ihnen beiden um die Figur von Liebe und Nähren dreht, nicht um Bewunderung oder Sicherheit.

Woran man merkt, was für Klienten im Vordergrund steht

Die einzelnen Therapeuten finden jeweils ihre eigenen Wege, um zu ermitteln, was für ihre Klienten im Vordergrund zu stehen scheint. Dabei werden sie einen Ansatz wählen, der ihrer ganz individuellen Art entspricht, das Feld ihres eigenen Organismus und ihrer Umwelt zu ordnen. Diese Wege sind so unterschiedlich wie die Wege, Therapie zu gestalten. Alles, was Klienten sagen oder tun, liefert potenziell Informationen zu dem, was für sie Figur ist. Das vorausgesetzt, werde ich jetzt einige Punkte auflisten, auf die es sich meiner Erfahrung nach zu achten lohnt, wenn es darum geht, auf den Punkt zu bringen, was für den Klienten Figur ist. Verstehen Sie es als Denkanstoß für eigene Überlegungen dazu, was für Sie infrage käme, nicht als vollständige Auflistung von allem, was ich in einer Sitzung mache oder bedenke.

Das Problem, das Klienten in die Therapie führt

Mich interessiert es immer, herauszufinden, was die Person dazu gebracht hat, einen Termin für die erste Sitzung zu vereinbaren. Meiner Erfahrung nach kommen Klienten, bei denen sich Borderline-Schwierigkeiten herausstellen, in der Regel aus anderen Gründen in die Therapie als diejenigen, bei denen eine narzisstische oder schizoide Problematik besteht.

Borderline-Klienten kommen meist: (1) weil jemand, an den sie sich geklammert haben, sie verlassen hat; oder (2) weil sie sich mit einem Mal in einer Situation befinden, die von ihnen verlangt, ihr Leben eigenständig zu strukturieren und in ihrem Verhalten Autonomie an den Tag zu legen. So zum Beispiel kommt es gar nicht selten vor, dass mich junge Frauen aufsuchen, die ihren Collegebesuch am Ende des ersten Jahres abgebrochen haben, weil sie nicht in der Lage gewesen waren, organisiert genug zu sein, um pünktlich zu ihren Seminaren zu kommen, ihre Hausarbeiten zu schreiben, sich vernünftig zu ernähren, für eine ausreichende Körperpflege zu sorgen und ihr Zimmer im Studentenwohnheim sauber zu halten. Im Laufe des Jahres nehmen sie dann zehn Kilo zu, kommen im Hinblick auf ihre Hausarbeiten immer mehr ins Hintertreffen und werden depressiv. In der Regel machen Freunde, Bekannte und Angehörige sich dann irgendwann Sorgen und schlagen ihnen vor, professionelle Hilfe zu suchen. Häufig vereinbaren sie ihren ersten Therapietermin, weil jemand aus der Familie es ihnen geraten oder sogar selbst für sie angerufen und ihn verabredet hat.

Narzisstische Klienten beginnen eine Therapie meist, (1) weil ihnen eine bestärkende Quelle von Unterstützung abhandengekommen ist; (2) weil sie in einer Situation stecken, bei der sie Angst haben, sie würde dazu führen, öffentlich als keineswegs perfekt entlarvt zu werden; oder (3) weil ihnen eine narzisstische Kränkung wie das

Älterwerden, der Verlust ihrer Finanzkraft, Macht oder Schönheit zu schaffen macht. Nun, wo ihnen ihre reguläre Bezugsquelle narzisstischer Befriedigung fehlt, sind sie – ohne Gespür für ihren eigenen tatsächlichen innerlichen Selbstwert, an dem sie sich festhalten könnten – in eine von Selbsthass durchdrungene Depression verfallen, fühlen sich gedemütigt und sind verzweifelt.

Schizoide Klienten kommen oft, (1) weil sie sich sozial derart isoliert haben, dass sie Angst haben, bald würden sie jeden Kontakt zur Menschheit verloren haben; (2) weil sie jung sind und zum ersten Mal merken, dass ihre Probleme mit Nähe und Vertrauen ihnen im Weg stehen, wenn es darum geht, zu heiraten oder enge Freundschaften zu schließen; oder (3) weil sie gravierende Symptome haben, die sie daran hindern, ein normales Leben zu führen. Um ein Beispiel für Letzteres zu zitieren: Einer meiner jungen Klienten hatte so heftige soziale Ängste, dass er in der Klasse keinen Ton herausbekam. Auch schaffte er es nicht, andere um etwas zu bitten, weil er noch nicht sicher war, ob es ihm überhaupt zustand, etwas für sich selbst haben zu wollen. Eine andere Klientin hatte das Gefühl, durch eine unsichtbare Mauer von anderen Menschen getrennt zu sein.

Was Klienten an meiner Praxis und mir auffällt

Der narzisstische Klient

Menschen mit narzisstischen Persönlichkeitsanpassungen achten bezogen auf meine Praxis und mich selbst gewöhnlich besonders auf Aspekte, die sie als potenzielle Hinweise auf meinen Status sehen: etwa wie viele Diplome und Ausbildungszertifikate ich habe,