

23 Externalisieren von Problemen

Carmen C. Unterholzer

Teil III

23.1 Hintergrund und allgemeine Merkmale

Wir kennen das Externalisieren aus unserer Alltagssprache. Wenn wir vom Zorn, der ein schlechter Ratgeber ist, sprechen oder von der Angst, die uns im Nacken sitzt, dann »externalisieren« wir Emotionen und Affekte. Wir tun so, als wären sie etwas von uns Getrenntes. Auch Kinderbuchautorinnen nutzen diese Herangehensweise, wenn sie über belastende Themen wie Angst, Wut oder Ärger schreiben. Mirjam Zels beschreibt in *Fast wie Freunde*, wie Sophie ihre Angst bezwingt und wie sich das kleine Monster »Angst« zu einem hilfreichen Beschützer entwickelt. Weitere Autorinnen wie Mireille d'Allancé, Britta Schwarz oder Edith Schreiber-Wicke verleihen Wut, Eigensinn oder Zorn ein Eigenleben. Bewährt hat sich diese Methode auch in der Literatur für Erwachsene. Wilhelm Genazino charakterisiert so die Schwermut eines seiner Protagonisten:

»Prompt fliegt eine kleine Schwermut heran, die ich jetzt über die Brücke trage. (...) Sie tänzelt vor mir her und will mit mir anbändeln. Ich gebe ihr den Namen Gertrud, damit ich sie wirkungsvoller verhöhnen kann. Gertrud Schwermut, hau ab. Prompt stellt sie sich vor: Gestatten, Gertrud Schwermut, darf ich Sie ein bisschen herunterziehen? Hau ab, wiederhole ich. Sie verschwindet nicht, im Gegenteil, sie fasst mich an, ich spüre ihre schwarze Wärme. Vermutlich denkt sie, sie hätte mich im Griff. Sie drängt mich zum Brückengeländer hin, ich sehe auf das dunkle Wasser hinunter. Wie wär's mit einer Trennung vom Leben, fragt sie, wegen erwiesener Geringfügigkeit? Ich kenne diese Fragen, sie machen mich stumm. Gertrud redet auf mich ein wie auf ein schwer erziehbares Kind. Und doch ist sie ein bisschen verärgert, weil ich wieder nicht alles tue, was sie von mir verlangt. Eine halbe Minute kämpfe ich, es sind ihre Kräfte, die nachlassen, nicht meine.«
(Genazino, 2001, S. 125)

»Das Problem ist das Problem, nicht die Person.« Darauf hinzuweisen, wurden Michael White, Psychotherapeut und Sozialarbeiter am Dulwich Centre im australischen Adelaide, und David Epston, Psychotherapeut und Ko-Direktor des Family Therapy Centre in Auckland, Neuseeland, beide maßgeblich an der Entwicklung des narrativen Ansatzes in der Systemischen Therapie beteiligt, nicht müde. Durch externalisierende Dialoge trennen wir die Person vom Problem. Wir setzen diese Art, Probleme zu betrachten, ganz gezielt ein, um andere Erzählungen als die problembehafteten zutage zu fördern. Der distanzierte Blick erlaubt eine andere Perspektive auf das Problem.

Neben der Dekonstruktion dominanter Diskurse, dem Aufspüren noch nicht erzählter Erfahrungen und – damit verbunden – der Entwicklung neuer Erzähllinien zählen die externalisierenden Dialoge zu den wichtigsten Methoden des narrativen Ansatzes (White & Epston, 1998; White, 2010). Neu ist die Methode nicht. Tomm

(2009) weist darauf hin, dass religiöse Rituale wie der Exorzismus ähnlichen Prinzipien folgen. White und Epston haben das Externalisieren jedoch entmystifiziert und verfeinert.

23.2 Indikationen, Kontraindikationen und Nebenwirkungen

Wenn wir mit unseren Klienten die wechselhafte Beziehung zwischen ihnen und ihren Problemen erforschen wollen, hat sich das Externalisieren bewährt. Sinnvoll ist es dann einzusetzen, wenn wir uns von problembehafteten Beschreibungen lösen wollen, wenn wir uns neue, für uns lohnendere Geschichten als die alten, dominanten, aneignen wollen. Das Externalisieren erleichtert es, neue Lebensgeschichten anzunehmen. Immer dann, wenn wir mit Klienten und ihren Familien gemeinsam gegen ein Symptom vorgehen wollen, helfen uns externalisierende Fragen und eine externalisierende Sprechweise. Befinden sich Klienten in einer Problemrance, fällt es ihnen oft schwer, einen Blick für ihre Ressourcen zu entwickeln. Das Externalisieren macht Einflussmöglichkeiten auf Symptome sichtbar. So rücken problemfreie Zeiten und gesunde Anteile ins Blickfeld.

Kontraindikation. Manchmal ist das Externalisieren nicht angebracht, z. B. wenn Klienten die Ursachen ihrer Probleme ohnehin ausschließlich in ihrem Umfeld suchen und wenig Verantwortung für ihre Situation übernehmen. Denborough (2017) betont, dass das Externalisieren Klienten nicht aus der Verantwortung entlässt, da sie nach wie vor am Weiterleben der Probleme beteiligt sind. Bei Menschen mit Handicaps, bei akuten Psychosen und auch bei jeder Form von Missbrauch und Traumatisierung ist Vorsicht geboten. Statt des Handicaps oder des Missbrauchs lassen sich Konsequenzen der Beeinträchtigung externalisieren, z. B. der Selbsthass, die Zweifel, das Misstrauen.

Nebenwirkungen. Manchmal besteht die Gefahr, dass externalisierende Dialoge auf einer metaphorischen Ebene bleiben, deshalb ist der Transfer in den Alltag wichtig. Das gelingt durch Fragen wie: »Was können Sie konkret tun, um die Macht der Depression zu schwächen?« oder »Wie müssen Sie vorgehen, um Maggie Su (der externalisierten Magersucht) zu zeigen, dass Sie die Zügel wieder fest in der Hand halten?«

23.3 Praktische Durchführung

Schritte zum Externalisieren des Problems nach Denborough (2017):

- (1) Das Problem wird personifiziert. Aus »Ich bin zornig« wird »Der Zorn hat mich im Griff« oder aus »Kevin macht Ärger« wird »Was macht der Ärger mit dir, Kevin?« Manchmal kann es sinnvoll sein, dem externalisierten Problem einen Namen zu verleihen. Aus dem Ärger wird »Herr Störenfried«, aus dem Zorn »Zorro«. In Familientherapien erleben wir bei der Suche nach passenden Namen für das Symptom häufig eine beeindruckende Wende. Die Suche ebnet den Weg für eine konstruktive Zusammenarbeit. Die Familie kämpft nun nicht mehr gegen die Indexpatientin, sondern die gesamte Familie geht geschlossen gegen das

Symptom vor (Freeman et al., 2000). Wir untersuchen den Einfluss und die Wirkungsweise des Problems. »Wann ist der Zorn am heftigsten?« oder »Wie lange begleitet Sie Herr Störenfried schon?«

- (2) Dann erkunden wir die Auswirkungen des Problems. »Welche Auswirkungen hat Herr Störenfried auf die Beziehung zu deinen Eltern?« oder »Welche Auswirkungen hat der Zorn auf Ihr Selbstbild?«
- (3) Wir arbeiten heraus, warum Klienten ihr Verhältnis zum Problem verändern möchten. »Was wäre anders, wenn Herr Störenfried sich von dir verabschieden würde?« oder »Wie würde Ihr Leben aussehen, würde sich der Zorn in Luft auflösen?«

Doch damit ist es noch nicht getan, dies ist erst der erste Teil. Das Externalisieren sei keine Einbahnstraße, betont Denborough, deshalb sei es wichtig, auch unseren Einfluss auf das Problem zu erörtern: »Wenn wir die Geschichten unseres Lebens neu erzählen und die Probleme, mit denen wir konfrontiert sind, externalisieren, können wir den Einfluss des Problems auf unser Leben abschwächen und unseren Einfluss auf das Problem steigern« (Denborough, 2017, S. 56).

- (4) Wir erkunden und würdigen Ausnahmen und »sparkling moments«, also strahlende Momente, in denen das Problem außer Kraft gesetzt ist. »Hat Maggie Su nur Macht über Sie oder können auch Sie auf Maggie Su einwirken?« oder »Was können Sie tun, um Maggie Su hin und wieder beiseite zu stellen?« Mit Fragen wie diesen lenken wir die Aufmerksamkeit der Klienten und Klientinnen und ihrer Angehörigen auf ihre Einflussmöglichkeiten. Wir stellen Fragen nach Ausnahmen. »Wann hatte Mad Hilde (die externalisierte Borderline-Störung, C. U.) das letzte Mal keine Macht über Sie?« oder »Gibt es Zeiten, in denen niemand in der Familie über Ihre Magersucht schimpft?« oder »Was wird anders sein, wenn Maggie Su Sie nicht mehr im Griff hat?« Diese Fragen verweisen auf Ereignisse, die problemorientierten Beschreibungen widersprechen. Sie lassen neue Einsichten, neue Ideen entstehen.

Fallbeispiel

Externalisieren in der Praxis

Die 37-jährige Frau L. (Daten anonymisiert) ist Geschäftsführerin einer Kulturorganisation. Sie lebt mit ihrem Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt. Seit ihrem 13. Lebensjahr leidet sie an einer atypischen Bulimia nervosa (F50.3). Die normalgewichtige Frau hat immer wieder heftige Essattacken, erbricht aber nicht, sondern fastet dann mehrere Tage und betreibt exzessiv Sport. Ihre Gewichtsschwankungen sind beträchtlich (10–15 kg innerhalb eines Jahres).

1. Stunde: Frau L. erzählt in der Anamnese: »In meinem Leben dreht sich alles um das Essen und um mein Körpergewicht.« Sie isst nie mit anderen, auch nicht mit ihrem Mann. Sie kann sich schwer entspannen, fühlt sich oft sehr getrieben und leidet unter dem Druck, stets perfekt sein zu müssen. Gleichzeitig beschreibt sie sich als sehr harmoniebedürftig. Sie bezeichnet ihre Essattacken als schlechten

Umgang mit Stress. »Essen beruhigt mich«, meint sie, »es stillt eine Sehnsucht.« Als Therapieziel definiert sie: »Ich will ein normales Verhältnis zum Essen und zu meinem Körper entwickeln.« Ich verabschiede Frau L. mit folgender Hausübung: Jedes Mal, wenn sie die Kühlschrankschranktür öffnen möchte, solle sie ihr dominantes Gefühl in Stichworten auf einem Zettel festhalten und den Zettel an die Kühlschrankschranktür kleben.

2. Stunde: Frau L. berichtet vom Erfolg mit der Hausübung, im Vordergrund stünden Langeweile und Leere, das Gefühl, nichts »Sinnvolles zu tun«. Wir externalisieren das Gefühl der Leere. Sie beschreibt, wie sich die Leere anfühlt: »Ein Loch in der Körpermitte, dort wo der Magen ist. Deshalb habe ich das Gefühl, wenn ich viel esse, dann ist die Leere, die Sinnlosigkeit zumindest eine Zeit lang weg.« Als ich sie bitte, das Gefühl der Leere, der Sinnlosigkeit genauer zu beschreiben, prägt sie folgendes Bild: »Diese Leere ist wie ein mit Luft prall gefüllter Ballon, er ist knallrot, aalglatt.« Ich frage, ob der Ballon einen Namen habe. Sie meinte, der Ballon sei namenlos und »irgendwie auch gesichtslos«. Ich beende die Stunde mit einer Beobachtungsaufgabe: »Könnten Sie bis zu unserer nächsten Stunde in 14 Tagen beobachten, wann der Ballon ganz prall ist und wann er schlaff ist.«

3. Stunde: Frau L. erzählt, sie habe festgestellt, immer dann, wenn sie sich weit von eigenen Bedürfnissen entferne, »immer dann, wenn ich Papas brave Tochter bin und das tue, was andere von mir verlangen«, dann sei der Ballon besonders prall. Er verliere an Spannkraft, wenn sie stärker ihr Eigenes, ihre Wünsche in den Vordergrund stelle. Sie berichtet, sie habe festgestellt, dass sie eigentlich gar keine Wünsche mehr habe, sie seien ihr abhandengekommen. »Nein, ich glaube, sie sind mir nicht abhandengekommen, sondern ich hatte noch nie Wünsche.« Als jüngstes Kind mit zwei weiteren »Problemgeschwistern« aufgewachsen – ihr Bruder hatte früh massive Alkoholprobleme, ihre Schwester sei bereits mit zwölf Jahren das erste Mal von zu Hause fortgelaufen – entsprach sie stets den Vorstellungen ihrer Eltern. Sie wollte ihnen keine »Sorgen« machen. »Bis heute bin ich überangepasst.« Nun wisse sie nicht mal mehr, ob sie überhaupt noch Wünsche habe. Wir suchten nach Ausnahmen – und wir fanden sie. Ihren Wunsch nach einem Haustier hat sie gegen den Willen der Eltern durchgesetzt. Als sie mit 17 von der Schule ging, habe sie sich auch nicht »überangepasst« verhalten. Mit 24 holte sie das Abitur nach, mit 25 besuchte sie eine Fachhochschule. Auch hier realisierte sie ihre Wünsche, ihre Vorstellungen. Frau L. erinnert sich, dass die Zeit zwischen 24 und 28 eine nahezu symptomfreie Zeit war. »Damals hing dieser Luftballon schlaff in der Gegend herum.«

4. Stunde: Wir arbeiteten weiter an Ausnahmen. Sie meinte, auch in Gegenwart ihrer Großmutter habe sie den prallen Luftballon nie gespürt. Bei ihr fühlte sie sich wohl, bei ihr fühlte sie sich »gesehen, geliebt, akzeptiert«. Der Tod der Großmutter vor sieben Jahren löste bei der Klientin eine massive Krise aus, die Essattacken nahmen wieder zu. »In welchen Situationen verliert dieser Ballon in Ihnen noch an

Luft?« – »Wenn ich im Schrebergarten arbeite, wenn ich Gartenarbeit mache, dann hängt das Ding ganz lasch herum, nein, da weiß ich gar nicht, dass es existiert.« Ich verabschiede Frau L. mit folgender Idee: »Überlegen Sie doch in den nächsten drei Wochen, wie Sie weiter dazu beitragen können, um dem Ballon die Luft zu rauben.«

5. Stunde: Frau L. erzählt, der Luftballon werde lasch, wenn sie aktiv sei. Aber nicht exzessiv aktiv so wie beim Laufen, sondern wenn sie aktiv für ihre Entspannung Sorge. Voll Stolz erzählt sie, dass sie es wieder öfter schaffe, »faul« auf der Couch herumzuliegen und ein Buch zu lesen. Vor drei Monaten hätte sie das noch nicht geschafft, da wäre sie laufen gegangen oder ins Tanzstudio. Sie spüre, wie gut ihr dieses »Nachlassen« täte, wie positiv sich dies auf ihr Essverhalten auswirke. »Entspannung, Mir-Gutes-Tun bedrohen den prallen Ballon in mir, nimmt ihm die Luft.« Als weitere Feinde des prallen Luftballons formuliert die Klientin: »Nein-Sagen, Sich-Zeit-Nehmen, Sich-wichtig-Nehmen ... einfach alles, was dazu beiträgt, dass ich nicht mehr Papas brave Tochter bin.« Nachdem sich die Essattacken reduziert haben, schlägt Frau L. vor, erst in einem Monat wieder zu einem Therapiegespräch zu kommen. Nach drei Wochen ruft Frau L. an und teilt mir mit, die nächste Stunde sei die Abschlussstunde, da die Essattacken nicht mehr aufgetreten seien.

6. Stunde: Wir nutzen die Stunde, um Erarbeitetes zu internalisieren (s.a. Kap. 26). Frau L. bringt eine Collage mit: Ein dicker, fetter Luftballon schwebt inmitten eines azurblauen Himmels. Sie meint, so prall sei er gewesen, als sie in der ersten Stunde zu den Gesprächen kam. Die Collage ergänzt sie mit ihren »neuen« Erkenntnissen: Ein dicker Pfeil sticht in den Luftballon, darauf steht: »Ich tu mir Gutes.« Ein anderer Pfeil trägt den Satz: »Ich nehme mich wichtig.« Ein weiterer Pfeil ist beschriftet mit: »Ich bin nicht mehr Papas brave Tochter«. Weitere, andere Sätze machen dem Luftballon den Garaus, »Ich bin eine erwachsene Frau mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen« und »Ich nehme mir Zeit für meine Wünsche«.

In der Praxis fallen Klienten immer wieder in ihre gewohnten Denk- und Sprechweisen zurück. Sie antworten auf eine Frage wie »Wann hatte Maggie Su das letzte Mal keine Chance bei Ihnen?« mit »Als ich vor zwei Jahren in London war, war ich weniger bulimisch.« Sich davon nicht abbringen zu lassen, vorsichtig und sanft wieder in den externalisierenden Dialog zurückzuführen, hat sich im therapeutischen Alltag bewährt.

Mehr Haltung als Technik, mehr Philosophie als Werkzeug. Jill Freedman und Gene Combs (1996, S. 47) betonen, dass Externalisierung mehr ist als eine Technik, vielmehr sei es eine Haltung«).

Daher ist das Externalisierung eine Denkweise, die Klientinnen dabei unterstützt, sich von problembehafteten Beschreibungen ihres Lebens, ihrer Beziehung, ihrer Arbeit etc. zu lösen. »Solche externalisierenden Gespräche »exotisieren das Heimische,

indem sie den Menschen dabei helfen, die privaten Geschichten und die kulturellen Überzeugungen, in denen sie leben, zu erkennen und zu identifizieren«, betont White (1992, S. 52), wodurch sich der Blick darauf verändert, meist erweitert. Im besten Falle vergrößern sich dadurch Handlungsspielräume. Die Auswirkungen und Einflüsse des Problems auf einen selbst, auf seine Beziehungen und die eigenen Einflussmöglichkeiten auf das Problem rücken ins Blickfeld.

Weiterentwicklungen des Externalisierens. Der australische Autor und Illustrator Matthew Johnstone kennt Depressionen aus eigener Erfahrung, zwei Bilderbücher dazu hat er bereits gestaltet. »Der schwarze Hund« ist die externalisierte Depression, er zeigt in beiden Büchern, wie er seine Depression immer wieder in den Griff bekommt und wie ihn Angehörige und Freunden dabei unterstützen können (vgl. Kap. 24).

Am Institut für Systemische Therapie (Wien) haben wir, auf Anregung unseres japanischen Kollegen Yasunaga Komori, unser störungsspezifisches Wissen über Magersucht, Depression, Schizophrenie und ADHS in Dialoge zwischen einer Puppe, die jeweils für das Störungsbild steht, und einer Interviewerin gefasst. Die DVDs *Ana Ex*, *Morton Mies*, *Vreni Shizzo* und *Ronni Rocket* dienen Kollegen als gutes Hilfsmittel in der therapeutischen Arbeit mit von diesen Störungen betroffenen Klientinnen. In unserer konkreten Arbeit mit den betroffenen Klienten konkretisieren, verändern oder ergänzen wir die vorhandenen Drehbücher zu den DVDs.

23.4 Gute Erfahrungen und typische Schwierigkeiten und Fehler

Bei Klientinnen, die von sich aus externalisieren, z. B. wenn sie vom inneren Schweinehund oder von der Depression, die wieder zu Besuch ist, sprechen, wenn sie für ihre Symptome Metaphern oder Bilder verwenden, ist es sinnvoll, den therapeutischen Dialog externalisierend fortzuführen. Das Externalisieren ist auch dann angebracht, wenn »Schuld« ein wichtiges Thema im Klientinnensystem ist. Schuldbeladene Diskurse – z. B. wenn eine oder einer in der Familie der Sündenbock sein muss – können durch das Externalisieren verändert werden.

Manchmal ist für Klientinnen ein externalisierender Dialog befremdlich, manchmal klingt er etwas abgehoben. Auch wenn Klientinnen zunächst irritiert sind, sollten wir uns nicht davon abbringen lassen, nachzufragen, was die Angst mit ihnen macht oder wie sie die Wut in Zaun halten können. Dranbleiben an dieser Art der Betrachtungsweise ist für Klientinnen häufig lohnend. Das Externalisieren muss nicht immer ein langer dialogischer Prozess sein, manchmal erstreckt es sich nur über zwei, drei Fragen. **Klinische Erfahrung.** Das Externalisieren hat den großen Vorteil, dass es die Sprache in der Therapie verändert. Sie wird »untherapeutischer«, der »Psychotalk« verändert sich zugunsten kreativer Elemente, der therapeutische Prozess wird spielerischer. Wichtig ist es, am Ende eines therapeutischen Prozesses die externalisierten Anteile wieder zu internalisieren, d. h., die erzielten positiven Veränderungen dem Verdienst der Klienten zuzuschreiben (s. a. Kap. 26).

FAQ

Wann sollten wir vom Externalisieren absehen (Kontraindikationen)?

Wenn Klienten in einer akuten Psychose sind oder wenn sie die Verantwortung immer im Außen suchen.

Welche positive Nebenwirkung kann das Externalisieren in der Familientherapie erzeugen?

Es schweißt die Familie gegen das Symptom zusammen. Der Kampf richtet sich nicht mehr gegen die »Indexpatienten«, sondern gegen das externalisierte Problem.

Was macht man, wenn Klienten immer wieder in eine nicht-externalisierende Sprechweise zurückfallen?

Man wiederholt die Aussage der Klienten und formuliert sie auf externalisierende Art und Weise um.

Weiterführende Literatur und DVDs

- Denborough, D. (2017). Geschichten des Lebens neu gestalten. Grundlagen und Praxis der narrativen Therapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Freeman, J. Epston, D &, Lobovits, D. (2011). Ernsten Problemen spielerisch begegnen. Narrative Therapie mit Kindern und ihren Familien. Dortmund: modernes lernen.
- IST (2008). Ana Ex. Wie die Magersucht siegt und wie sie scheitert. DVD. Heidelberg: Auer.
- IST (2011). Morton Mies. Wie die Depression siegt und wie sie scheitert. DVD. Heidelberg: Auer.
- IST (2013). Vreni Shizzo. Wie die Schizophrenie siegt und wie sie scheitert. DVD. Heidelberg: Auer.
- IST (2016). Ronni Rocket. Wie das ADHS siegt und wie es scheitert. DVD. Heidelberg: Auer.
- Unterholzer, C. C. (2017). Es lohnt sich, einen Stift zu haben. Schreiben in der systemischen Therapie und Beratung. Heidelberg: Auer.
- White, M. (2010). Landkarten der narrativen Therapie. Heidelberg: Auer.
- White, M. & Epston, D. (1998). Die Zähmung der Monster. Der narrative Ansatz in der Familientherapie. Heidelberg: Auer.