

Dorothea Huber, Michael von Rad (Hrsg.)

# Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus

**Kohlhammer**



Dorothea Huber  
Michael von Rad (Hrsg.)

# **Störungsorientierte psychodynamische Therapie im Krankenhaus**

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2011

Alle Rechte vorbehalten

© 2011 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-020906-0

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026581-3

# Inhalt

<b>Einleitung</b> .....	9
<i>Dorothea Huber und Michael von Rad</i>	
<b>1 Was ist eine störungsorientierte psychodynamische Psychotherapie?</b> .....	14
<i>Günther Klug und Michael von Rad</i>	
<b>2 Das Integrationssetting (Borderline-Persönlichkeitsstörungen)</b> .....	20
<i>Christoff Ehmer-von Geiso, Julia Brey, Rainer Koelsch, Manfred Jakobi, Ursula Preinhalter-Pouwels, Swantje Röck, Raphael Steiger, Anna von Thüngen, Andrea Wild und Dorothea Huber</i>	
2.1 Entstehung des Settings .....	20
2.2 Theoretischer Hintergrund .....	22
2.2.1 Zu Containing und projektive Identifizierung .....	23
2.2.2 Zur psychoanalytisch-interaktionellen Therapie .....	24
2.2.3 Zur übertragungsfokussierten Psychotherapie .....	25
2.2.4 Zur mentalisierungsbasierten Therapie .....	28
2.3 Indikation und Kontraindikation .....	33
2.4 Behandlungstechnik in Einzel- und Gruppentherapie .....	34
2.4.1 Psychodynamische Therapien .....	36
2.4.2 Kreativtherapien .....	47
2.4.3 Milieuthherapie .....	57
2.4.4 Sozialtherapie und Sporttherapie .....	64
2.4.5 Medizinische Versorgung .....	66
2.4.6 Teamarbeit .....	68
2.4.7 Fallbeispiel .....	70
2.5 Eigene empirische Ergebnisse .....	74
2.5.1 Design und Stichprobe .....	75
2.5.2 Statistische Analyse .....	76
2.5.3 Ergebnisse .....	76
2.5.4 Diskussion .....	76

<b>3</b>	<b>Das Essstörungssetting (Anorexie und Bulimie)</b> .....	78
	<i>Rainer Schors, Stefanie Hirschenauer, Katrin Jakobi, Manuela Pudenz, Marion Teske, Gunda Wenzel und Dorothea Huber</i>	
3.1	Entstehung des Settings .....	78
3.2	Theoretischer Hintergrund .....	80
3.2.1	Biologische Faktoren .....	80
3.2.2	Individuell-psychodynamische Faktoren .....	81
3.2.3	Soziokulturelle Faktoren .....	81
3.3	Indikation und Kontraindikation .....	85
3.4	Behandlungstechnik in Einzel- und Gruppentherapie .....	86
3.4.1	Psychodynamische Therapien .....	92
3.4.2	Kreativtherapien .....	99
3.4.3	Milieu-therapie .....	111
3.4.4	Sozialtherapie und Sporttherapie .....	122
3.4.5	Medizinische Versorgung .....	122
3.4.6	Teamarbeit .....	124
3.4.7	Fallbeispiel .....	125
3.5	Eigene empirische Ergebnisse .....	130
<b>4</b>	<b>Das Traumasetting (Traumafolgestörungen)</b> .....	133
	<i>Andrea Eckert, Renate Fischer, Eva Haaf, Corinna van Niekerk und Birgit Schattner-Besserer</i>	
4.1	Entstehung des Settings .....	133
4.2	Theoretischer Hintergrund .....	135
4.3	Indikation und Kontraindikation .....	140
4.4	Behandlungstechnik in Einzel- und Gruppentherapie .....	141
4.4.1	Psychodynamische Therapien .....	141
4.4.2	Kreativtherapien .....	148
4.4.3	Milieu-therapie .....	160
4.4.4	Sozialtherapie und Sporttherapie .....	165
4.4.5	Medizinische Versorgung .....	166
4.4.6	Teamarbeit .....	166
4.4.7	Fallbeispiel .....	168
4.4.8	Besonderheiten des Settings .....	170
<b>5</b>	<b>Das Psycho-Soma-Setting (Somatoforme Störungen)</b> .....	173
	<i>Christoff Ehmer-von Geiso, Robert Brey, Manfred Jakobi, Rainer Koelsch und Susanne Wallnöfer</i>	
5.1	Entstehung des Settings .....	173
5.2	Theoretischer Hintergrund .....	174
5.3	Indikation und Kontraindikation .....	178
5.4	Behandlungstechnik in Einzel- und Gruppentherapie .....	181
5.4.1	Psychodynamische Therapien .....	183
5.4.2	Konzentrierte Bewegungstherapie .....	186

---

5.4.3 Milieutherapie . . . . .	199
5.4.4 Sozialtherapie und Sporttherapie . . . . .	203
5.4.5 Medizinische Versorgung . . . . .	204
5.4.6 Teamarbeit . . . . .	205
5.4.7 Fallbeispiel . . . . .	206
5.4.8 Besonderheiten des Settings: Psychoedukatives Seminar . . . . .	211
<b>6 Die psychoonkologische Beratung . . . . .</b>	<b>213</b>
<i>Corinna van Niekerk, Eliane Silva-Zürcher, Claudia Denscherz und Dorothea Huber</i>	
6.1 Theoretischer Hintergrund . . . . .	213
6.2 Psychoonkologischer Liaison- und Konsiliardienst . . . . .	216
6.3 Behandlungstechnik – Interventionen . . . . .	217
6.4 Fallbeispiel . . . . .	219
6.5 Eigene empirische Ergebnisse . . . . .	223
6.5.1 Design . . . . .	224
6.5.2 Ergebnisse . . . . .	225
6.5.3 Diskussion . . . . .	228
6.5.4 Fazit . . . . .	230
<b>Abkürzungen . . . . .</b>	<b>231</b>
<b>Autorenverzeichnis . . . . .</b>	<b>232</b>
<b>Literatur . . . . .</b>	<b>234</b>
<b>Register . . . . .</b>	<b>244</b>





# Einleitung

*Dorothea Huber und Michael von Rad*

Der vorliegende Band versteht sich nicht als umfassendes Lehrbuch für störungsorientierte Psychotherapie, wie es Herpertz, Caspar und Mundt (2008) für ihr Werk mit ähnlichem Titel beanspruchen, sondern ganz bewusst als ein »Werkstattbericht«: Es ist uns ein wichtiges Ziel, »uns in die Karten schauen zu lassen«, also (um im Bild zu bleiben) zu zeigen, wo, wann und wie wir unsere Trümpfe ausspielen – wir wollen aber nicht verheimlichen, wenn wir mal kein gutes Blatt auf der Hand haben, sondern auch das offen legen (dies wird vor allem in den Fallberichten deutlich werden). Dem Charakter eines Werkstattberichts entsprechend haben wir uns auch ganz bewusst nicht um eine vollständige Literaturübersicht bemüht, wir beschränken uns stattdessen auf ausgewählte Arbeiten, die unser Vorgehen theoretisch fundieren und verdeutlichen. Im Gegensatz zu Herpertz et al. (2008), die in ihrem Vorwort schreiben, dass sich das Konzept der störungsspezifischen Therapien aus methodischer und explizit nicht aus klinischer Notwendigkeit entwickelt habe, basiert unsere störungsorientierte Vorgehensweise allein auf den Erfahrungen in der Praxis, ist also aus klinischer Notwendigkeit entstanden.

Wir haben uns für die Bezeichnung störungsorientiert statt störungsspezifisch entschieden, da wir einerseits störungsspezifisches Wissen in unsere Behandlung einbeziehen, andererseits aber auch nicht an den individuellen Bedürfnissen der einzelnen Patienten vorbeigehen können und wollen. Darüber hinaus verkennen wir nicht, dass es neben der störungsspezifischen auch sehr wesentliche allgemeine Heilfaktoren in der Psychotherapie gibt (»common factors«, s. auch Kapitel 1), allen voran ist es die therapeutische Beziehung, von Luborsky (1976) auch hilfreiche Beziehung genannt, die erwiesenermaßen einen konstanten Teil der Erfolgsvarianz von Psychotherapien bedingt (Wampold 2001). Allgemeine Interventionen sind also durchaus in der Lage, spezifische Störungen oder Symptome zu beeinflussen, während umgekehrt störungsspezifische Interventionen auch allgemeine Effekte haben (Strauss 2001b).

Seit längerem gibt es in der Verhaltenstherapie eine durchaus hitzige Debatte über die Vor- oder Nachteile störungsspezifischer versus »individuumsspezifischer« Vorgehensweisen – z. B. Fiedler versus Caspar (Caspar und Grawe 1996, Caspar 2000, Fiedler 1997). Dabei wird unter »störungsspezifisch« eine Behandlungsweise verstanden, die sich nicht an den individuellen krankheitsauslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen des Patienten orientiert, sondern ein weitgehend einheitliches (meist manualisiertes) therapeutisches Vorgehen für die gesamte Störungs-(Diagnose-)Gruppe entwirft.

Das störungsspezifische Vorgehen hat in der Verhaltenstherapie nicht zuletzt deshalb an Bedeutung gewonnen, weil für wissenschaftlich anerkannte Forschungsdesigns die Behandlung homogener Störungsgruppen durch manualisierte Therapien verlangt wird (vgl. Herpertz et al. 2008). Wie wir aber schon an anderer Stelle ausgeführt haben (von Rad et al. 2004), wird bei dieser standardisierten Forschungsstrategie zu sehr darauf vertraut, dass es kaum individuelle, intratherapeutische Varianz gibt, und sie, wenn sie denn vorkommt, zur Fehlervarianz zählt und vernachlässigt werden muss. Von diesen hypothetisch »standardisierten« Patienten im klassischen Forschungsdesign, unter konsequenter Vernachlässigung von individuellen Differenzen, wollen wir in unserer praktischen Arbeit mit den Patienten nicht ausgehen. Wir möchten deutlich zum Ausdruck bringen, dass adäquate, dem Patienten gerecht werdende Psychotherapie nur dann funktionieren kann, wenn das Individuelle der Patienten und der Therapie zur Wirkung kommen darf.

Psychoanalytiker sind hartnäckige Anwälte des Einzelnen und seiner Besonderheiten: Sie suchen die individuellen Bedingungen des Kranken in seiner Entwicklung und bearbeiten die Entwicklungsdefizite oder Traumata, die ihn in seiner ganz persönlichen Biographie haben krank werden lassen. Verhaltenstherapeuten hatten immer viel weniger Probleme damit, das Regelmäßige und Typische einer Störung und Therapie herauszuarbeiten und anzuwenden. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass der Begriff der »störungsspezifischen« Therapie, der in den neunziger Jahren vermehrt aufkam, besonders gern von verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapeuten aufgegriffen wurde (Fiedler 1997, Caspar et al. 2008). Der Begriff »störungsspezifisch« beinhaltet aber auch in seiner vorsichtigen Formulierung immer noch die problematische Utopie, dass es für *eine* Störung *eine* optimale Behandlungsform geben müsse (von Rad 1997).

Unsere kritische Einstellung gegenüber einer Unterwerfung unter das Standardisierungs- und Spezifizierungsgebot soll der offeneren Begriff »*störungsorientiert*« verdeutlichen, der eine stärkere Gewichtung von allgemeinen, also auch nicht störungsspezifischen Aspekten zulässt (weiteres zur Definition s. Kapitel 1). Als letztes Argument gegen einen nur auf das Symptom bezogenen Gebrauch von »störungsspezifisch« sei auf eine Einschätzung der Patienten selbst verwiesen: In der Münchener Psychotherapiestudie, einer prospektiven Psychotherapievergleichsstudie (Huber et al. 2001), wurden auch individuelle Therapieziele mit der Methode des Goal Attainment Scaling erfragt. Die von den Patienten genannten Ziele wurden von zwei Ratern konsensuell zu drei Kategorien zusammengefasst: Veränderung in der Qualität der Objektbeziehungen, Veränderung im Selbstwertgefühl, Veränderung von Symptomen. Dabei wurden ganz eindeutig von 100 Patienten mit depressiven Störungen nach ICD-Diagnose (F32 und F33) an erster Stelle interpersonale Ziele genannt, während die auf die Störung bzw. Symptome bezogenen Ziele an letzter Stelle standen (vgl. Huber et al. 1999).

Die Spannung zwischen individualisierten und standardisierten psychotherapeutischen Verfahren ist so alt wie die Verfahren selbst; sie ist sinnvoll und notwendig und muss immer wieder neu justiert werden. Mit diesem Buch wird nun erstmals von psychodynamischer Seite ein Ansatz vorgestellt, der zeigt,

wie sich im Bereich der immer wichtiger werdenden stationären Psychotherapie behutsame störungsorientierte Standardisierungen für bestimmte Patientengruppen bewährt haben. Dabei soll verdeutlicht werden, dass es störungsorientiertes Vorgehen schon seit einiger Zeit bei psychodynamischen Therapieansätzen gibt, auch wenn dabei »störungsorientiert« nicht mit »diagnoseorientiert« gleichgesetzt wird. Wie sich das psychodynamische störungsorientierte Vorgehen versteht und wie es ganz konkret umgesetzt wird, will dieses Buch verdeutlichen.

Bei der Eröffnung der »Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie« inmitten eines Großklinikums in München, die von Herausgeberin und Herausgeber inzwischen über 26 Jahre verantwortlich geleitet wird, wurde trotz einer klaren psychodynamischen Grundorientierung bewusst auf eine dogmatische schulenorientierte Haltung verzichtet. Wir begannen nach den Regeln psychodynamischer Psychotherapie, wie sie damals allgemein vertreten wurde (z. B. Brütigam 1974, Hoffmann et al. 1981, Janssen 1983), also nicht störungsspezifisch. Aus der »Ursuppe« des späteren »Biotops«, wie sie in der schöpfungsfreudigen Anfangszeit genannt wurde (von Rad et al. 1994), differenzierten sich rasch zum Teil sehr unterschiedliche Strukturen heraus: Es waren nämlich die Patienten selbst, die uns ihre Bedürfnisse und Unzufriedenheit zum Teil drastisch verdeutlichten.

Die ersten waren die »Borderliner«, die mit wildem Agieren und den dadurch ausgelösten typischen Spaltungen im Team ein spezielles und festes Behandlungsprogramm anstießen und fast erzwangen – es entstand das Integrationssetting zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Kapitel 2). Ihnen folgten die Anorexie- und Bulimie-Patienten – es entstand das Essstörungssetting zur Behandlung von Anorexie und Bulimie (Kapitel 3). Später kamen dann die Trauma-Patienten (Traumasetting zur Behandlung von Traumafolgestörungen, Kapitel 4) sowie die Kranken mit somatoformen und psychosomatischen Störungen im engeren Sinn (Psycho-Soma-Setting zur Behandlung von somatoformen Störungen, Kapitel 5) hinzu. Zusätzlich stellen wir unter den störungsorientierten Settings die psychoonkologische Behandlung von Tumorpatienten aus anderen Abteilungen des Großklinikums dar (Kapitel 6). Dieses Kapitel fällt zweifellos etwas aus dem Rahmen, da es sich hier primär um das Zusammenspiel von somatischer Erkrankung und psychischen Faktoren, also häufig um Probleme der Krankheitsverarbeitung, handelt. Wir haben die psychoonkologische Beratung, die manchmal auch durchaus eine Kurztherapie werden kann, mit aufgenommen, da auch sie ein ganz spezifisches Vorgehen – spezifisch hier im Sinne von Berücksichtigung des somatischen Krankheitsprozesses – erfordert, das von der Behandlung von Psychotherapie-Patienten abweicht.

Alle diese Settings wurden aus der Praxis heraus entwickelt, immer wieder verbessert und haben sich im klinischen Alltag bewährt. Das heißt aber nicht, dass sie nicht auch wieder verändert oder neue störungsorientierte Ansätze für andere Patientengruppen hinzukommen werden.

Warum wird hier kein »Spezialsetting« für Angstkranke und Depressive dargestellt, die auch bei uns sehr spezifisch in einem kombinierten Einzel- und

Gruppentherapiessetting behandelt werden? Für Angst-Patienten liegt bereits eine Reihe von zum Teil hervorragenden Publikationen vor (z. B. Hoffmann 2008, Milrod et al. 1997), die Behandlungstechniken beschreiben, die sich von den unseren nicht wesentlich unterscheiden, so dass wir auf die Darstellung eines eigenen Kapitels verzichtet haben.

Hingegen hat sich bei unseren depressiven Patienten, die mit etwa 40 % die deutlich größte Patientengruppe darstellen, nie aus der Behandlungspraxis heraus die Notwendigkeit eines modifizierten Vorgehens ergeben. Wir halten die Depression für das Paradebeispiel der Störungsgruppe, an der die psychoanalytische Technik maßgeblich entwickelt wurde (zusammen mit den anderen »Psychoneurosen«) und die sich damit einer störungsspezifischen Einengung und Festlegung entzieht – natürlich angepasst an die Erfordernisse der stationären Psychotherapie. Selbstverständlich wird auf die für Depressive typischen Konflikte und Probleme (wie z. B. der Autonomie-/Abhängigkeitskonflikt, Trennungs- und Aggressionsprobleme) in der Behandlung fokussiert (vgl. Huber und Will 2007), aber eben nicht im Rahmen eines spezifischen Settings bzw. einer spezifisch modifizierten Behandlungstechnik.

In den folgenden Kapiteln wird für jedes störungsorientierte Setting zunächst kurz die *Entstehungsgeschichte* dargestellt, wobei der Fokus auf den behandlungstechnischen Schwierigkeiten liegt, die vor Einführung der störungsorientierten Settings bestanden und letztendlich zu ihrer Entstehung führten. Der *theoretische Hintergrund*, soweit er für das spezielle Konzept relevant ist, wird ebenfalls beschrieben und ist um die Literatur, die uns bei der Entwicklung des Settings weitergeholfen hat, ergänzt. Ferner werden Kriterien der *Indikation und Kontraindikation* für das jeweilige Spezialsetting genannt, wie wir sie in unserer wöchentlich stattfindenden Indikationskonferenz anwenden. Den größten Raum nimmt die Beschreibung der *Behandlungstechnik* (in Einzel- und Gruppentherapie) ein, wobei wir hier großen Wert darauf gelegt haben, unsere praktische Vorgehensweise genau zu schildern und dabei sowohl Bewährtes darzustellen und behandlungstechnische Tipps zu geben als auch Stolpersteine oder Gefahren aufzuzeigen. Im Einzelnen werden die psychoanalytischen Therapien (Ärzte und Psychologen), die Kunsttherapie und konzentrierte Bewegungstherapie (Kunst- und KBT-Therapeuten), die Milieu-, Entspannungs- und Expositionstherapie (Mitglieder des Pflorgeteams), die Sozialberatung (Sozialpädagogen) und die Sporttherapie (Sporttherapeut) dargestellt. Durch Fallbeispiele, die sowohl Erfolge als auch Probleme verdeutlichen, wollen wir den behandlungstechnischen Teil praxisbezogen anreichern. Soweit uns schon empirische Ergebnisse vorliegen (Integrations- und Essstörungssetting sowie der Psychoonkologische Dienst wurden bereits evaluiert), schließt diese Evaluation des Settings das Kapitel ab.

Unsere Therapien sind einem ständigen Lern- und Überarbeitungsprozess unterworfen, entsprechend hat sich vieles erst im Laufe der Jahre herauskristallisiert. Bei allen der im Folgenden beschriebenen störungsorientierten Settings sind sich die Teammitglieder einig, dass die jeweiligen Modifikationen zu deutlichen Entlastungen des Teams und zu höherer Effektivität geführt und damit letztlich einen Gewinn für die Patienten gebracht haben.

Die große Anzahl von Autoren bei der Darstellung der jeweiligen störungsorientierten Settings mag den Leser erstaunen. Es war uns aber ein Anliegen, alle beteiligten Berufsgruppen mit einzubeziehen, damit sie ihre ganz spezifische Vorgehensweise und ihre eigenen Erfahrungen mitteilen können. Insofern spricht dieses Buch einen großen Leserkreis an: neben ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten auch konzentrierte Bewegungstherapeuten, Kunsttherapeuten, Krankenschwestern sowie Krankenpfleger und Sozialpädagogen. Darüber hinaus denken wir, dass sich dieses Buch auch für interessierte Patienten gut eignet, wenn sie mehr über den aktuellen Stand der stationären psychodynamischen Therapie erfahren wollen.

Bei solch einem Gemeinschaftswerk möchte die Erstherausgeberin vielen Personen Ihren Dank aussprechen. Er gilt in erster Linie den Autoren, die zunächst etwas widerstrebend neben dem arbeitsreichen Klinikalltag noch die Zeit finden mussten, ihr Wissen zu Papier zu bringen. Besonders erfreulich war dabei, dass sich auch ehemalige Mitarbeiter, die wesentlich zur Entstehung und Ausgestaltung der Settings beigetragen hatten, als Autoren gewinnen ließen. In alphabetischer Reihenfolge sind dies: Claudia A. Denschler, Renate Fischer, Eva Haaf, Günther Klug und Rainer Schors. Von besonderem Wert für die Erstherausgeberin ist, dass sich ihr Vorgänger und Lehrer, Michael von Rad, zur Mitherausgeberschaft bereit erklärte – schließlich hatte er das ganze gut funktionierende System aufgebaut und über 23 Jahre weiterentwickelt.

Für ihre Geduld und Kompetenz bei der Schreib- und Formatierungsarbeit gilt Frau Monika Bernhardt und Frau Marie-Luise Önnigmann herzlicher Dank und für die gründliche Durchsicht der Literaturverweise und das Erstellen des Literaturverzeichnis Thea A. Huber. Zuletzt bedanke ich mich bei Herrn Dr. Poengen und Herrn Bub vom Kohlhammer Verlag für die nun schon wiederholte gute Zusammenarbeit.

# 1 Was ist eine störungsorientierte psychodynamische Psychotherapie?

*Günther Klug und Michael von Rad*

Während früher Therapieschulen von charismatischen Führern gegründet wurden, die ein bestimmtes Menschenbild proklamierten, ihre »Jünger« um sich scharten, Abgrenzungskämpfe gegenüber anderen Schulen oft nach dem Mechanismus des »Narzissmus der kleinen Differenz« führten und Dissidenten von der »reinen Lehre« ausstießen (die dann ihrerseits neue Schulen gründeten), hat die empirische Psychotherapieforschung mit ihrem nüchternen pragmatischen Ansatz: »was hilft wem?« diesen leidenschaftlichen Schulenstreit der Therapien auf den Prüfstand gestellt. Das führte bekanntermaßen zu dem verstörenden Resultat (für Kurztherapien), das wissenschaftlich-seriös »Äquivalenz-Paradox« (Meyer 1990), mehr poetisch »dodo-bird verdict« (Rosenzweig 1936) genannt wird. Es besagt, dass die spezifischen Wirkfaktoren, die die »Markennamen« der verschiedenen Therapieverfahren (psychoanalytisch, psychodynamisch, verhaltenstherapeutisch etc.) ausmachen, nur wenig, nämlich ca. 15 % der Varianz des Behandlungserfolges, aufklären (Lambert und Barley 2002), dagegen die »common factors« (Arbeitsbündnis, Empathie, Echtheit und Wärme des Therapeuten etc.), die in jeder Therapieform vorkommen, doppelt so viel, also 30 %. Die empirische Psychotherapieforschung hat so mit ihrer (Meta-)Analyse dem Therapieschulenstreit die »narzisstische Spitze« abgebrochen. Darüber hinaus aber, zur Synthese benützt, hat sie geholfen, neue Therapien quasi am Reißbrett zu konstruieren. Das von Orlinsky und Howard (1986, 1987) entwickelte »Generic Model of Psychotherapy« ist das Resultat einer Synthese von über 2.300 Befunden aus der Prozess-Outcome-Forschung, deren Bedeutung sich nur nach Effektstärke und statistischer Signifikanz bemisst. Als paradigmatisch für diese Entwicklung kann Grawes »Allgemeine Psychotherapie« (1995) gelten, die auf den Ergebnissen der bis Ende 1983 publizierten, kontrollierten Wirksamkeitsstudien basiert. Sie postuliert vier allgemeine, empirisch gesicherte Wirkfaktoren: Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und motivationale Klärung, die in einem unterschiedlichen Mischungsverhältnis in jeder Psychotherapie vorkommen sollen. Die komplementären Gesichtspunkte Ressourcenaktivierung versus Problemaktualisierung und motivationale Klärung (= Einsicht) versus aktive Hilfe zur Problembewältigung bilden jeweils eine Perspektive, die um die Dimension intrapersonal versus interpersonal ergänzt werde und so (nach Grawe) den konzeptuellen Rahmen bilde, in dem jede einzelne Psychotherapie erfasst werden könne. Essenziell ist, dass diese »allgemeine Psychotherapie« theoriebasiert, aber nicht mit einem bestimmten therapeutischen Ansatz verbunden, sondern schulenübergreifend ist.

Wampold (2001) hat ein »kontextuelles« Therapiemodell entwickelt, das sich ganz auf die »common factors« als Wirkfaktoren stützt, und viel empirische Evidenz dafür gefunden. Sein Therapiemodell postuliert mehrere therapieschulenübergreifende Wirkfaktoren wie eine emotional besetzte, vertrauensvolle Beziehung zu einer helfenden Person im Kontext eines heilenden Settings, in dem der Patient annimmt, dass er Hilfe erhält. Ihm wird ein Mythos angeboten, der eine plausible Erklärung für seine Symptome enthält und ein Ritual verschreibt, das vom Patienten und vom Therapeuten akzeptiert wird, aber nicht notwendigerweise »wahr« sein muss; es genügt, dass der Patient an die Behandlung glaubt.

In einem »ironischen Kontrast« (Lambert 2004, S. 175) zu der Erkenntnis, dass die »common factors« der wichtigste Wirkfaktor für den Therapieerfolg sind, steht die zunehmende Entwicklung der störungsspezifischen Behandlungen; Strauss nennt das ein »Spezifitätsparadoxon« (Strauss 2001b, S. 428). Störungsspezifische Psychotherapie entstand auf dem Boden der evidenzbasierten Medizin, die Kriterien für empirisch validierte Psychotherapien bei bestimmten Krankheiten oder Syndromen entwickelte. Als »Störung«, die »spezifisch« psychotherapiert werden soll, wurde also sehr schnell und etwas unhinterfragt ein medizinisch-nosologisches Syndrom (wie z. B. Panikstörung) oder eine Krankheitseinheit (z. B. Anorexia nervosa) unterstellt. In diesem Sinne wurde und wird »störungsspezifisch« in aller Regel verstanden und angewandt. Unter psychodynamischen Gesichtspunkten ist Störung aber nicht nur als nosologische Einheit zu verstehen: Es gibt auch eine spezifische psychische Struktur mit typischen Dysfunktionalitäten, die dann auch in spezifischer Weise behandelt werden kann (als Beispiel siehe die unten angeführte übertragungsfokussierte Psychotherapie (transference-focused psychotherapy, TFP)). Der Begriff »störungsspezifisch« wird also unter psychodynamischer Perspektive differenzierter angewandt.

Störungsspezifische Psychotherapien beruhen auf der Annahme, dass spezifische therapeutische Techniken den Therapieerfolg bestimmen, die aber nicht mehr schulengebunden sein müssen, sondern »durchmischt« sein können. Beispielsweise finden sich in einer psychoanalytisch orientierten Behandlung von essgestörten Patienten aus der Verhaltenstherapie entwickelte Maßnahmen zur »response prevention«. Diese »maßgeschneiderten« Therapien (Strauss 2001a), die im stationären Rahmen besonders gut zu gedeihen scheinen, sollen den unspezifischen, »verfahrensorientierten« Therapien überlegen sein, wofür bereits einige empirische Hinweise bestehen (Bateman und Fonagy 2008, Clarkin et al. 2007, Milrod et al. 2007).

### Definition

Caspar, Herpertz und Mundt (2008) vertreten die Auffassung, »... dass es als Basis für angemessene Behandlungen essenziell ist, das jeweils Spezielle an einzelnen Störungen herauszuarbeiten und diesem sowohl in ätiologischen Erklärungen wie auch in störungsspezifischen Behandlungstechniken Rechnung zu tragen«. Folgerichtig definieren sie, dass unter störungsspezifischer Therapie



Ansätze verstanden werden, »... die ganz auf die Karte des Spezifischen setzen. Typischerweise wird ein bestimmtes störungsspezifisches Ätiologiekonzept in den Vordergrund gestellt, aus dem therapeutische Vorgehensweisen abgeleitet werden.« Demnach liegt am Grunde einer störungsspezifischen Therapie eine (oder mehrere) ätiologische(n) Hypothese(n) und also mehr als lediglich ein Symptom oder ein Syndrom wie z. B. das ICD-10 es vorgibt, das rein phänomenologisch und atheoretisch konzipiert sein will. Zunehmend wird der Begriff »störungsorientiert« statt »störungsspezifisch« gebraucht, der zum Ausdruck bringen soll, dass an den Grenzen des »Spezifischen« nicht Halt gemacht wird (Herpertz et al. 2008, S. V), sondern auch allgemeine (im Sinne von: nicht störungsspezifische) Aspekte zugelassen sind, sodass eine größere Offenheit entsteht. Auch Mundt und Backenstraß plädieren für einen Mittelweg zwischen störungsspezifischer Einheitspsychotherapie und individueller Differenzierung (Mundt und Backenstraß 2001, Mundt und Backstraß 2005). Die Abgrenzung zur allgemeinen (im Sinne von unspezifischen) Psychotherapie wird dadurch schwieriger; Fiedler hält sie nur für einen »Mythos« (Fiedler 2001, S. 408).

Mit dieser Öffnung stellt sich die Frage: Was ist dann allgemeine Psychotherapie? Am besten kann sie als Extrem gegenüber der störungsspezifischen Therapie formuliert werden und da bietet sich die »klassische« Psychoanalyse an. Sie hat natürlich störungsspezifische ätiologische Hypothesen, aber sie leitet keine behandlungstechnischen Strategien oder Taktiken daraus ab, mit denen der Therapeut den therapeutischen Prozess strukturiert und lenkt. Der Patient wird zur freien Assoziation aufgefordert, die nicht gestört wird, und der Therapeut stellt sich mit seiner gleichschwebenden Aufmerksamkeit darauf ein. Was Thema wird, bestimmt das Unbewusste des Patienten, das die »pathogenen Komplexe« ins Bewusstsein rückt, und der Psychoanalytiker zielt mit seiner Deutung auf den Dringlichkeitspunkt (Strachey 1935, S. 507), vorzugsweise in oder an der Übertragung, theoretisch gleichgültig, ob er einen depressiven Patienten, einen Borderline-Patienten oder einen Panik-Patienten vor sich liegen hat.

Im Gegensatz dazu wird ein Therapeut in der übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP; Clarkin et al. 1999) bei der Therapie eines Borderline-Patienten von spezifischen Kriterien seiner Persönlichkeitsorganisation ausgehen (der Identitätsdiffusion, dem Gebrauch bestimmter primitiver Abwehrmechanismen und einer, außer in Stresssituationen, meist erhaltenen Realitätsprüfung) und zuerst einen Therapievertrag schließen, der die Verantwortlichkeiten von Patient und Therapeut ganz allgemein regelt und speziell auch den Umgang mit Bedrohungen des therapeutischen Rahmens. Auf der theoretischen Basis der gestörten Selbst- und Objektbeziehungen hat der Therapeut vier Therapiestrategien (»the broad strokes«) zur Verfügung, um sich im therapeutischen Prozess zu orientieren. Auf Stundenebene wird der Therapeut von sieben Taktiken geleitet, die ihm helfen, die oft chaotische Flut von Informationen zu ordnen und vor allem eine Hierarchie der zu bearbeitenden Themen festzulegen, die mit bedrohlichem Agieren wie Suizid- oder Morddrohungen beginnt und über der Bearbeitung der Übertragung bei der Arbeit mit nicht übertragungsbezogenem, affektgeladenem Material endet. Die Deutung der Übertragung auf den Thera-

peuten im Hier-und-Jetzt ist das zentrale Element der Therapie, Klärung und Konfrontation sind die vorbereitenden Schritte, supportive Interventionen sind nicht Teil des Konzeptes. Die Deutungskompetenz des Therapeuten wird nach den vier Kriterien Klarheit, Schnelligkeit, Relevanz und Tiefe beurteilt; im Manual stehen dafür Ankerbeispiele zur Verfügung. Die therapeutische Haltung ist eindeutig aktiv, was mit einer Einschränkung der freien Assoziation einhergeht. Die Therapietreue kann anhand von Skalen überprüft werden.

Wie fügt sich die störungsorientierte psychodynamische Psychotherapie da ein? Mit diesem an der Ätiologie und nicht am Symptom orientierten Ausgangspunkt »... gibt es keinen Grund anzunehmen, dass die Psychoanalyse mit störungsspezifischen Therapien an sich Mühe hat« (Küchenhoff 2001, S. 420). Die scheint sie aber doch zumindest initial gehabt zu haben, während die Verhaltenstherapie diesen Begriff rasch besetzt hat, der mittlerweile aber auch zunehmend psychodynamisch orientierte Therapeuten interessiert (Watzke et al. 2007).

Als störungsorientiert psychodynamisch soll hier eine Psychotherapie verstanden werden, die auf einem psychodynamischen Ätiologiekonzept basiert, daraus psychodynamische Therapiestrategien ableitet und oft mit anderen therapeutischen Interventionen als der Deutung arbeitet; der Rückgriff auf therapeutische Techniken anderer theoretischer Schulen kommt immer wieder vor. Störung muss sich also nicht am Symptom oder Syndrom orientieren, sondern kann sich auch von spezifisch gestörten, intrapsychischen Strukturen herleiten, wie z. B. die strukturbezogene psychodynamische Psychotherapie (Rudolf 2004) oder die mentalisierungsbasierte Therapie (mentalization-based treatment, MBT; Bateman und Fonagy 2006).

### Ein Beispiel

Mittlerweile gibt es einige störungsorientierte psychodynamische Psychotherapien; hier sollen nur die übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP; Clarkin et al. 1999), die mentalisierungsbasierte Therapie (Bateman und Fonagy 2006), die strukturbezogene psychodynamische Therapie (Rudolf 2004), die panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie (panic-focused psychodynamic psychotherapy, PFPP; Milrod et al. 1997, Busch et al. 2009) und die psychoanalytisch orientierte Fokaltherapie der Generalisierten Angststörung (Leichsenring et al. 2005) erwähnt werden. Zur Verdeutlichung soll als Beispiel für eine störungsorientierte psychodynamische Psychotherapie die panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie im Folgenden dargestellt werden.

Der Formulierung der ätiologischen und pathogenetischen Hypothesen ging voraus:

1. ein Literaturstudium auf der Basis eigener Therapieerfahrung (Busch et al. 1991),
2. eine computergestützte Übersichtsarbeit über 35 Fälle psychodynamisch oder psychoanalytisch behandelter Patienten mit Panikstörung (Milrod und Shear 1991) und

3. eine Pilotstudie von neun Patienten mit Panikstörung, mit denen
4. ein psychodynamisches Interview durchgeführt wurde, das auf Video aufgezeichnet und dann von erfahrenen Psychoanalytikern konsensuell eingeschätzt wurde (Shear et al. 1993).

Daraus wurde das folgende psychodynamische Modell der Panikstörung entwickelt: Eine angeborene exzessive Ängstlichkeit vor unvertrauten Situationen (»shyness«) und eine neurophysiologische Übererregbarkeit führt beim Kind zu einer erhöhten Abhängigkeitsneigung, die zu einer ängstlichen Abhängigkeit wird. Wegen des adäquaten, unvermeidlichen Versagens der Eltern, dem gesteigerten Sicherheitsbedürfnis des Kindes zu genügen, aber auch wegen eines real abweisenden oder überkontrollierenden Verhaltens der Eltern, kann das Kind keine angstmodulierenden intrapsychischen Strukturen aufbauen. Die daraus resultierende Objektbeziehung zu den primären Bezugspersonen wie auch die späteren Objektbeziehungen sind charakterisiert durch die intrapsychische Repräsentanz eines schwachen Selbst gegenüber einer Repräsentanz eines mächtigen Objektes, von dem man sich weder zu weit entfernen noch dem man zu nahe kommen darf. Die ängstliche Abhängigkeit prädisponiert zu narzisstischer Kränkung und Ärger auf wirkliches oder vermeintlich zurückweisendes oder ängstigendes Verhalten der Eltern, was abgewehrt wird, aber so zu der Fantasie führt, die Eltern zu verlieren oder zu beschädigen und damit die lebenswichtige Bindung zu zerstören. Diese bewussten und unbewussten negativen Affekte führen auch dazu, dass sie bei der gesteigerten neurophysiologischen Übererregbarkeit, deren vegetative Korrelate besonders beunruhigen, katastrophiert werden und so die Angst weiter steigern. So entsteht ein Teufelskreis aus: ängstlicher Abhängigkeit – Angst – narzisstischer Kränkung – Ärger – Schuld – Angst – ängstlicher Abhängigkeit. Auslöser von Panikattacken können verstanden werden als tatsächliche oder fantasierte Attacken auf die Bindung an wichtige Objekte durch Verlust und Trennung, die auch durch die Entwicklung von mehr Unabhängigkeit vom Objekt entstehen. Die Panikattacke vermindert diese Angst dadurch, dass die unbewusste Aggressivität zurückgeht und die Bindung durch die Hilflosigkeit wieder gestärkt wird.

Diese ätiologischen und pathogenetischen Hypothesen führten zu einer panikfokussierten, manualisierten, 24-stündigen, psychodynamischen Psychotherapie mit definierten therapeutischen Strategien (Milrod et al. 1997). Die Autoren achteten darauf, dass die wesentlichen Bestandteile einer psychoanalytischen Psychotherapie (freie Assoziation, Aufklärung unbewusster Bedeutungen und Konflikte, Deutung und Bearbeitung der Übertragung) gewahrt wurden und auf die oben beschriebenen ätiologischen Hypothesen fokussiert wurde. Dieses Ziel wurde durch viele konkrete Fallvignetten im Manual unterstützt. In einer ersten Fassung wurde es vier in der Behandlung von Panikstörungen besonders erfahrenen Psychoanalytikern zur Prüfung der Inhaltsvalidität vorgelegt und von ihnen angenommen. Der Behandlungsprozess wird in drei Phasen gegliedert:

1. *Phase*: Sie fokussiert auf die unbewusste Bedeutung des Symptoms und auf die zugrunde liegenden Konflikte mit Autonomie, Trennung und Aggressi-

vität. Das Ziel der ersten Phase ist die Reduktion von Stärke und Häufigkeit der Angstattacken.

2. *Phase*: Hier geht es um das Verstehen und Durcharbeiten der Grundkonflikte durch die Arbeit mit der Übertragung. Ziel ist die Verbesserung der Beziehungen und die Reduktion von konflikthaften und angstbesetzten Erfahrungen mit Trennungen, Ärger und Sexualität.
3. *Phase*: Sie umfasst mindestens das letzte Drittel der Therapie und fokussiert auf die Bearbeitung von Trennungsangst und Ärger in der Hier-und-jetzt-Situation der Therapie. Das Ziel dieser Phase ist die bessere Bewältigung von Trennung und Autonomie.

Mittlerweile wurde in einer naturalistischen (Milrod et al. 2000, Milrod et al. 2001) und in einer kontrollierten (Milrod et al. 2007) Effektivitätsstudie die Wirksamkeit der panikfokussierten psychodynamischen Psychotherapie nachgewiesen.

### Zusammenfassung

Die kurz gestreifte Debatte über den Anteil unspezifischer und spezifischer Wirkfaktoren in der Psychotherapie ist trotz einer bereits beträchtlichen Zahl an Forschungsarbeiten keineswegs abgeschlossen. Vieles liegt noch im Dunkeln oder harrt solider empirischer Überprüfung: Es könnte ja sein, dass bestimmte Patientengruppen mehr von spezifischen, andere von unspezifischen Behandlungsstrategien profitieren.

Das Genannte lässt sich auch gut durch die bekannte Freud'sche Metapher ausdrücken, dass für die Massenapplication der Psychoanalyse »das reine Gold der Analyse reichlich mit dem Kupfer der direkten Suggestion legiert werden musste« (Freud 1972, S. 193). Dabei kam zunächst die psychodynamische Psychotherapie auf die Welt; jetzt sieht es so aus, dass aber, um »diese Psychotherapie fürs Volk zu gestalten« (Freud 1972, S. 194), für verschiedene Patientengruppen je spezifische, andere Schwermetalle hinzugefügt werden müssen. Welche das jeweils sind, wird in den folgenden Kapiteln dargestellt oder in der Zukunft noch deutlicher werden.

## 2 Das Integrationssetting (Borderline-Persönlichkeitsstörungen)

*Christoff Ehmer-von Geiso, Julia Brey, Rainer Koelsch, Manfred Jakobi, Ursula Preinhalter-Pouwels, Swantje Röck, Raphael Steiger, Anna von Thüngen, Andrea Wild und Dorothea Huber*

### 2.1 Entstehung des Settings

Das störungsspezifische Behandlungsprogramm für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und ähnlichen schweren Persönlichkeitsstörungen hat eine längere Tradition in unserer Klinik und wurde immer wieder Veränderungen unterzogen. Auffallend ist, dass Änderungen der Settingstruktur und des behandlingstechnischen Vorgehens in diesem Setting, verglichen mit den anderen störungsspezifischen Therapieangeboten unserer Klinik, häufiger und tiefgreifender erfolgt sind. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen wurden international in den vergangenen 20 bis 25 Jahren sukzessive neue Behandlungsmodelle für Borderline-Patienten entwickelt und in der Fachliteratur beschrieben, während dies vorher, zumindest hinsichtlich der stationären Behandlung, kaum erfolgt war. Die vorerst spärlichen Evaluationsstudien zu den unterschiedlichen Therapiekonzepten konnten keine Effizienzvorteile der einen oder anderen Methode aufzeigen, zumal Vergleichsstudien kaum vorlagen. Somit gab es für uns keine empirisch begründete Veranlassung, ein bestimmtes Behandlungsmodell auf Dauer zu favorisieren. Zum anderen zeigte sich auch bei uns, vergleichbar den diesbezüglichen Empfehlungen in der Literatur zur Borderline-Therapie, dass Borderline-Patienten leichter und erfolgreicher behandelt werden können, wenn die Therapien von denjenigen durchgeführt werden, die dies freiwillig und gerne tun. Dementsprechend gab es immer wieder einen Wechsel der für das Setting verantwortlichen und maßgeblich darin aktiven Mitarbeiter, die zudem ihre persönlich favorisierten Krankheitstheorien und Behandlungskonzepte einbrachten und damit fortlaufend Modifizierungen des Settings und der Therapiemethoden herbeiführten. Seit fast zehn Jahren nun ist das Setting hinsichtlich seiner Struktur weitgehend stabil.

In der ersten Zeit der in einem neuen Akutkrankenhaus (Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen) etablierten Psychosomatischen Klinik wurde bald deutlich, dass die Behandlung von Borderline-Patienten ohne einen speziellen Behandlungsrahmen und ohne spezifisch modifizierte Behandlungstechniken zu großen Problemen für alle Beteiligten führte. Diese Patienten wurden in offenen und gemischten Therapiegruppen behandelt, ohne dass die Aufenthaltsdauer in der Klinik in der Anfangsphase festgelegt wurde. Sie verhielten sich teils destruktiv oder autodestruktiv, entwickelten große Angst und neigten zu malignen Regressionen. Ihr Tagesverlauf war oft chaotisch, der Tag-Nacht-Rhythmus geriet durcheinander und es kam zu ständigen Verstößen gegen die

Stationsregeln. Als Teilnehmer in den Gruppentherapien sprengten sie immer wieder die Sitzungen und wurden nicht selten zu Sündenböcken innerhalb der Patientengruppe. Spaltungsprozesse, insbesondere auch innerhalb des Behandlungsteams, wie sie in der Interaktion mit Borderline-Patienten typisch sind, konnten durch die Mitarbeiter nur schwer verstanden und relativiert werden, und gemeinsam getragene Reaktionen einem Patienten gegenüber kamen zu spät zustande.

Um den genannten Schwierigkeiten entgegenzuwirken, wurde 1985 erstmals ein spezielles Setting für Borderline-Patienten, das damals so genannte »Münchener« oder »Bogenhausener Modell«, gegründet. Dieses wurde maßgeblich von Lohmer konzeptuell entwickelt und von ihm wiederholt dargestellt (1988, 1990, 2005), gründete auf der damaligen Behandlungsphilosophie von Kernberg (1984) und war durch die Kombination einer so genannten Milieuthherapie in der Gruppe und psychoanalytischer Einzeltherapien charakterisiert. In der Milieuthherapie wurden unter Leitung von zwei Angehörigen der Pflegegruppe unter Supervision eines Psychotherapeuten hinter dem Einwegspiegel mittels interaktioneller, gruppentherapeutischer Techniken Themen der problematischen Interaktionen im Stationsmilieu und der Alltagsrealität bearbeitet. In der Milieuthherapie wurden konkrete, am Verhalten der Patienten ablesbare Therapieziele formuliert und erarbeitet, wobei die Veränderungsprozesse durch soziales Lernen gefördert wurden.

Die psychoanalytisch orientierten Einzeltherapien wurden als Gesprächstherapie, Kunsttherapie und Konzentrierte Bewegungstherapie durchgeführt. Die letzteren, damals so genannten extraveralen Therapien stellten eine Ergänzung zum New Yorker Modell dar und sollten insbesondere der Symbolisierung nicht verbalisierbarer Erlebnisinhalte dienen und damit destruktives Agieren vermeiden helfen. In der Einzelgesprächstherapie ging es im Wesentlichen darum, explorierend-aufdeckend einen Fantasieraum für den Patienten zu eröffnen und damit externalisierendes Agieren unnötig werden zu lassen. Neben Klärung und Konfrontation kam hier auch die deutende Interpretation – auch auf der Übertragungsebene – zur Anwendung.

Mit einem Oberarztwechsel wurden ab dem Jahr 2000 eine Reihe struktureller und inhaltlicher Änderungen und Ergänzungen des mittlerweile so genannten Integrationssettings erarbeitet und sukzessive realisiert. Inhaltlich wurden hauptsächlich in den ersten Jahren Elemente der so genannten übertragungsfokussierten Therapie (transference-focused psychotherapy, TFP) von Kernberg et al. (1989, Clarkin et al. 2001) integriert, insbesondere die initiale Vereinbarung von Rahmensetzungen, beispielsweise hinsichtlich des Verzichts auf autodestruktives oder die Therapie gefährdendes Agieren und die Erarbeitung von realistischen Therapiezielen. Auch die Beachtung einer bestimmten Hierarchie der zu bearbeitenden Themen in der Therapie und die TFP-typische Deutung von oszillierenden Partialselbst-Partialobjekt-Beziehungsmustern fand Eingang sowohl in die psychodynamischen Einzel- als auch Gruppentherapien.

Auf organisatorischer Ebene wurde insbesondere eine prästationäre Phase der Behandlung mit ambulanten Kontakten zur Information über die Therapie und zur ersten Erarbeitung von individuellen, Rahmen setzenden Vereinbarun-

gen eingerichtet und die Gruppe wurde halbgeschlossen mit Abschnitten von jeweils sechs Wochen Dauer organisiert, wobei eine unumstößliche Begrenzung des Aufenthalts auf zwölf Wochen eine weitgehende Reduktion regressiver Entwicklungen, besonders gegen Ende der Therapie herbeiführte.

In den letzten Jahren werden dem therapeutischen Vorgehen in der Einzel- und Gruppengesprächstherapie, aber auch in den Begegnungen innerhalb der so genannten Bezugspflege, zunehmend theoretische Elemente des Mentalisierungskonzepts von Fonagy et al. (2002) zugrunde gelegt und behandlingstechnisch in ähnlicher Weise umgesetzt, wie sie für die so genannte mentalisierungsbasierte Therapie von Bateman und Fonagy (2004) unlängst beschrieben worden sind.

In der 2009 veröffentlichten Darstellung unseres Therapiesettings für Borderline-Patienten und seiner Entstehungsgeschichte (Huber et al. 2009) werden die in den letzten Jahren zunehmend erfolgreich angewandten, mentalisierungsbasierten behandlingstechnischen Vorgehensweisen noch nicht detaillierter ausgeführt.

## 2.2 Theoretischer Hintergrund

In den letzten Jahrzehnten wurden viele Theorien zur Genese und Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt. Grundsätzlich gehen wir von einem biopsychosozialen Modell aus. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung gilt heute als gut therapierbar, wenn sie störungsorientiert behandelt wird. Die gängigen Konzepte haben sich aus unterschiedlichen Traditionen heraus entwickelt und formulieren einen methodisch integrativen, klinisch eklektischen und patientenzentrierten Ansatz. Das stationäre Setting mit einem multiprofessionellen Team und mehreren, parallel praktizierten Therapiemethoden erfordert in einem besonderen Maß immer wieder theoretische und konzeptuelle Weiterentwicklungen. An manchen Stellen mag der Eindruck entstehen, dass eine Vielfalt an Theorien aus verschiedenen Perspektiven und mit unterschiedlicher Terminologie ähnliches zu beschreiben versucht.

Unsere Wurzeln liegen in der Psychoanalyse. Unser theoretisches Verständnis und unser Behandlungskonzept beinhalten insbesondere Elemente der interaktionellen Psychotherapie nach Heigl-Evers und Heigl (1983, 1994) und der übertragungsfokussierten Psychotherapie nach Kernberg (1984, 1989). Huber et al. haben 2009 in einer Veröffentlichung zu unserem stationären Behandlungskonzept schon darauf hingewiesen, dass wir zunehmend Elemente der mentalisierungsbasierten Therapie nach Bateman und Fonagy (2004) integrieren. Die Mentalisierungstheorie (Fonagy et al. 2002) bekommt bei uns derzeit als Neuerung besondere Aufmerksamkeit und wird deshalb etwas ausführlicher beschrieben. Die für unser Konzept relevanten theoretischen Aspekte dieser drei umfassenderen Therapieansätze werden in der chronologischen Reihenfolge ihrer Entstehung dargestellt. Dabei werden jeweils Annahmen zur

Entwicklungspsychologie und zur Veränderungstheorie sowie empirische Befunde berücksichtigt. Zum besseren Verständnis werden die theoretischen Ausführungen mit Beispielen veranschaulicht, obwohl damit teilweise auf die spätere Darstellung der Behandlungstechnik vorgegriffen wird. Interventionen nach der dialektisch-behavioralen Therapie (Linehan 1996a, 1996b) werden bei uns vorwiegend vom Pflegeteam angewandt und werden im entsprechenden Abschnitt zur Behandlungstechnik (Kapitel 2.4) beschrieben. Von Bohus (2007) gibt es eine übersichtliche Zusammenfassung zur dialektisch-behavioralen Therapie. Grundlegend für die störungsorientierte Therapie von Borderline-Patienten sind unserer Ansicht nach die schon älteren psychoanalytischen Konzepte des Containings (Bion 1957, 1967) und der projektiven Identifizierung (Klein 1946), die deshalb eingangs kurz erläutert werden.

### 2.2.1 Containing und projektive Identifizierung

Bions (1957, 1967) inzwischen schon »klassischer« Begriff des Containings beschreibt eine Art »psychisches Gehaltenwerden«, das die frühen Bezugspersonen dem Kind entgegenbringen. Schon beim Säugling werden zum Teil archaisch intensive Affekte meistens von der Mutter aufgenommen und »wie verdaut« zurückgegeben. Über die Zeit verinnerlicht das Kind diese Fähigkeiten des »psychischen Verdauens und Haltens«. Gelingt diese Entwicklung hinreichend gut (vgl. Winnicott 1965), braucht das Individuum im Erwachsenenalter nicht mehr in diesem Ausmaß andere Personen, die Containingfunktionen übernehmen. Können die Bezugspersonen eines Kindes diese Funktion nicht hinreichend gut erfüllen, werden die Betroffenen von diesen »unverdaulichen« Selbstzuständen und Affekten auch noch im Erwachsenenalter überflutet und brauchen einen anderen, der als Container fungiert. In diesem Zusammenhang spielen so genannte intrapsychische und interpersonelle Abwehrmechanismen eine Rolle. Intrapsychische Abwehrvorgänge wie Verdrängung oder Projektion sind hinderlich, wenn sie zu stark ausgeprägt sind. Solche intrapsychischen Abwehrmechanismen können in ihrer stabilisierenden Funktion aber auch zu wenig zur Verfügung stehen oder sie erfüllen ihre Funktion zur Regulierung von besonders heftigen Affektqualitäten nicht ausreichend. Dann werden interpersonelle Abwehrmechanismen aktiviert und es wird ein anderes Individuum zur psychischen Stabilisierung mit einbezogen. Ein bedeutsamer interpersoneller Abwehrmechanismus ist die so genannte projektive Identifizierung, die ursprünglich von Melanie Klein (1946) beschrieben und später unter anderem von Bion (1957, 1962) weiter ausgeführt wurde. Bei der projektiven Identifizierung werden nicht aushaltbare Selbstzustände wie beispielsweise unerträgliche Hilflosigkeit oder Aggressionen durch subtile Verhaltensweisen in einem anderen Menschen so erzeugt, dass dieser die Hilflosigkeit oder die Aggressionen so empfindet, als ob es seine eigenen Selbstzustände oder Affekte wären. Damit gelingt es zumindest teilweise, die nicht aushaltbaren Zustände oder Selbstanteile weniger oder gar nicht bei sich selbst wahrnehmen zu müssen. Dies ist eine häufige Dynamik bei Borderline-Patienten. Die beschrie-