

Ulrich Streeck / Falk Leichsenring



# Handbuch psychoanalytisch- interaktionelle Therapie

Behandlung von strukturellen Störungen  
und schweren Persönlichkeitsstörungen

V&R





Ulrich Streeck / Falk Leichsenring

# **Handbuch psychoanalytisch- interaktionelle Therapie**

Behandlung von strukturellen Störungen  
und schweren Persönlichkeitsstörungen

3., überarbeitete und erweiterte Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-647-40246-8

Umschlagabbildung: MoinMoin/shutterstock.com

© 2015, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen /

Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U.S.A.

[www.v-r.de](http://www.v-r.de)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Satz: SchwabScantechnik, Göttingen

Umschlag: SchwabScantechnik, Göttingen

Druck und Bindung: ☉ Hubert & Co., Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

»Die Geselligkeit ist nichts Unwesentliches oder Zufälliges, sondern die Grundbestimmung der *Conditio humana*. Das Bedürfnis nach Anerkennung ist das konstitutive menschliche Faktum. In diesem Sinn existiert der Mensch nicht vor der Gesellschaft und das Menschliche gründet im Zwischenmenschlichen. So tief man auch in den menschlichen Geist vordringt, man wird niemals ein isoliertes Wesen finden, sondern nur Beziehungen zu anderen Wesen.«

*Tzvetan Todorov*

»Fortschritt wäre dann nicht ein Vordringen in die Tiefe, sondern das Entwickeln und Erfinden immer neuer Beschreibungen unseres Lebens, die uns helfen, uns und unsere Beziehungen zu den Anderen fortzuentwickeln.«

*Peter Bieri*



## Inhalt

|   |    |
|---|----|
| <b>Zu diesem Handbuch</b> .....   | 11 |
| Wegweiser durch das Handbuch .....  | 11 |
| Zum Gebrauch des Handbuches .....   | 12 |
| <br>  |    |
| <b>Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode</b> .....                           | 15 |
| Zur Entwicklung der psychoanalytisch-<br>interaktionellen Therapie .....            | 19 |
| Benachbarte Therapiemethoden .....  | 20 |
| <br>  |    |
| <b>Strukturelle Störungen – schwere Persönlichkeitsstörungen</b>                    | 27 |
| Implizites Beziehungswissen und strukturelle Störungen ....                         | 37 |
| <br>  |    |
| <b>Die psychoanalytisch-interaktionelle Behandlungstechnik</b>                      | 45 |
| Die Vorbereitung des Patienten auf die Behandlung .....                             | 45 |
| Aufklärung des Patienten .....  | 46 |
| Aufklärung des Patienten über die Diagnose .....                                    | 47 |
| Aufklärung des Patienten über die Behandlung .....                                  | 53 |
| Rahmenbedingungen .....   | 68 |
| Schwerpunkt der Behandlung .....  | 72 |
| Suizidales und selbstverletzendes Verhalten .....                                   | 74 |
| Umgang mit Medikamenten .....   | 77 |
| Therapie außerhalb der Therapiezeiten .....   | 78 |
| Dauer der Behandlung .....  | 78 |
| Ausfall von Stunden .....   | 79 |
| Honorarfragen .....   | 81 |
| Verstehen Patient und Therapeut die vereinbarten<br>Rahmenbedingungen gleich? ..... | 82 |
| Modifikationen des Rahmens im Verlauf der Therapie ....                             | 83 |
| Die Vereinbarung verbindlicher Rahmenbedingungen<br>mislingt .....                  | 84 |
| Ringen um Rahmenbedingungen als Therapie .....                                      | 86 |
| Die Haltung des Therapeuten .....   | 90 |
| Beziehungsstörungen im therapeutischen Gespräch .....                               | 94 |



|   |     |
|---|-----|
| Zur Manifestation struktureller Beeinträchtigungen<br>im therapeutischen Gespräch . . . . . | 98  |
| Zum Erleben von Beziehungen (Objektbeziehungen) . . . . .                                   | 99  |
| Stabilität von Beziehungen (Beziehungskonstanz,<br>Objektkonstanz) . . . . .                | 102 |
| Selbstwahrnehmung und Selbstregulierung in<br>interpersonellen Beziehungen . . . . .        | 103 |
| Wahrnehmen und Ausdruck von Gefühlen . . . . .  | 106 |
| Psychische und interpersonelle Abwehr . . . . .   | 107 |
| Antizipation der Wirkung des eigenen Verhaltens<br>auf andere . . . . .                     | 109 |
| Handlungsimpulse, Befriedigungsaufschub<br>und Frustrationstoleranz . . . . .               | 111 |
| Regression und interpersonelle Beziehungen . . . . .  | 113 |
| Gewissen und Idealansprüche . . . . .   | 115 |
| Die Behandlungstechnik . . . . .  | 118 |
| Der antwortende Modus . . . . .   | 120 |
| Deutungen und Alltagsgespräche . . . . .  | 123 |
| Antworten und Alltagsgespräche . . . . .  | 125 |
| Antwortende Interventionen und Toleranzgrenzen . . . . .                                    | 131 |
| Antworten und die therapeutische Arbeit an<br>und mit Gefühlen . . . . .                    | 132 |
| Zum antwortenden Umgang mit Idealisierungen . . . . .                                       | 134 |
| Antworten und Antizipation habituellen Verhaltens . . . . .                                 | 137 |
| Antworten und das Primat der Progressions-<br>orientierung . . . . .                        | 139 |
| Motivation zur Behandlung . . . . .   | 140 |
| Zusammenfassung: Funktionen von Interventionen<br>im antwortenden Modus . . . . .           | 141 |
| Der Therapeut als realer und als virtueller<br>Interaktionsteilnehmer . . . . .             | 142 |
| Zum therapeutischen Umgang mit Affekten . . . . .   | 147 |
| Wahrnehmung und Differenzierung von Gefühlen . . . . .                                      | 148 |
| Ausdruck von Gefühlen . . . . .   | 152 |
| Zum therapeutischen Umgang mit<br>nichtsprachlichem Verhalten . . . . .                     | 153 |
| Zum Primat der Selbstregulierung . . . . .  | 156 |
| Besondere Probleme in der therapeutischen Arbeit . . . . .                                  | 158 |
| Schweigen des Patienten und Initiative zum Kontakt . . . . .                                | 158 |

|   |            |
|---|------------|
| Schweigen während der Behandlung .....                        | 159        |
| Affektives und impulsives Verhalten .....                     | 160        |
| Negative Übertragungen .....                                  | 161        |
| Suizidalität .....  | 164        |
| Zum Umgang mit Träumen .....                                  | 165        |
| Zur Beendigung der Behandlung .....                           | 167        |
| <b>Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie .....</b> | <b>171</b> |
| Psychoanalytisch-interaktionelle Arbeit in der Gruppe .....   | 176        |
| Die Grundeinheit sozialer Interaktion .....                   | 178        |
| Konzepte zum Verständnis von Mehr-Personen-                   |            |
| Situationen .....   | 179        |
| »Definition der Situation« .....                              | 180        |
| Die Grundregel für die Gruppe und die Offenheit               |            |
| der Situation .....   | 181        |
| Explizite und implizite Situationsdefinitionen .....          | 183        |
| Sanktionen .....  | 186        |
| Soziale Normen .....  | 191        |
| Interaktionsmuster .....                                      | 193        |
| Vorbereitung der Patienten auf die Gruppentherapie .....      | 195        |
| Das Vorgespräch für die Gruppentherapie .....                 | 195        |
| Der Nutzen von Gruppentherapie .....                          | 196        |
| Die Grundregel für die therapeutische Arbeit                  |            |
| in der Gruppe .....   | 198        |
| Modifikationen der Grundregel für besondere                   |            |
| Patientengruppen .....  | 199        |
| Ausblick auf die bevorstehende Gruppenbehandlung              |            |
| Zur Rolle des Gruppentherapeuten .....                        | 203        |
| Gruppe ohne Gruppentherapeut .....                            | 204        |
| Verpflichtung zur Verschwiegenheit .....                      | 205        |
| Wie hat der Patient die Hinweise                              |            |
| des Gruppentherapeuten verstanden? .....                      | 206        |
| Haltung und Aufgaben des Therapeuten in der Gruppe            |            |
| Zur therapeutischen Technik in der Gruppenbehandlung ...      | 210        |
| Der antwortende Modus .....                                   | 210        |
| Erläuterungen zu grundlegenden Aspekten                       |            |
| interpersoneller Beziehungen .....                            | 217        |
| Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit in der Gruppe .....   | 220        |
| Explizite und implizite Themen .....                          | 220        |

|   |     |
|---|-----|
| Wie wird die aktuelle Situation definiert? .....  | 223 |
| Welche sozialen Normen gelten hier? .....   | 225 |
| Gefühle .....   | 228 |
| Beziehungserleben und Beziehungsgestaltung<br>(Objektbeziehungen) .....                   | 231 |
| Komplikationen in der Gruppentherapie .....   | 233 |
| Gefährdungen des Rahmens .....  | 233 |
| Normen in der Gruppe, die Entwicklung behindern .....                                     | 239 |
| Häufiger Wechsel von Gruppenteilnehmern .....   | 242 |
| Sozial ängstliche Patienten .....   | 242 |
| Wiederkehrende interpersonelle Probleme in der Gruppe                                     | 244 |
| In Kontakt treten .....   | 245 |
| Aggressivität und Kritik .....  | 245 |
| Toleranzgrenzen .....   | 246 |
| Emotionale Nähe und Intimität .....   | 247 |
| Gleichheit und Differenz .....  | 248 |
| Trennung und Abschied .....   | 248 |
| Kurzgruppenpsychotherapie .....   | 249 |
| Chancen psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie                                 | 251 |
| <b>Psychotherapie bei strukturellen Störungen:</b>  |     |
| <b>Forschungsstand</b> .....  | 253 |
| <b>Fort- und Weiterbildung in der<br/>psychoanalytisch-interaktionellen Methode</b> ..... | 259 |
| <b>Checkliste für Therapeuten</b> .....   | 261 |
| <b>Literatur</b> .....  | 263 |
| <b>Ergänzende Literaturhinweise</b> .....   | 270 |
| <b>Register</b> .....   | 276 |

## **Zu diesem Handbuch**

Dem vorliegenden Handbuch der psychoanalytisch-interaktionellen Methode liegen Erfahrungen aus über drei Jahrzehnten klinisch-psychotherapeutischer, psychiatrischer und psychoanalytischer Tätigkeit in der Versorgung von Patienten zugrunde, die ganz überwiegend unter beeinträchtigten und vernachlässigenden, oftmals auch gewalttätigen und traumatisierenden Verhältnissen aufgewachsen sind und die in ihrer Entwicklung – wenn überhaupt – nur sehr eingeschränkte Erfahrungen mit ausreichend guten Beziehungen haben machen können, deshalb grundlegende Funktionen der Selbst- und Beziehungsregulierung nicht oder nur bedingt haben entwickeln können und oftmals am sozialen Leben nur am Rande teilnehmen.

Das Handbuch wendet sich an Psychotherapeuten, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Suchtkrankentherapeuten, Pflegepersonal in der Psychiatrie und Psychotherapie, aber auch an Angehörige anderer sozialer Berufe, die mit diesen Patienten und Klienten zu tun haben.

Im Mittelpunkt stehen neben diagnostischen Gesichtspunkten die behandlungstechnischen Mittel, die die psychoanalytisch-interaktionelle Methode kennzeichnen, in erster Linie die Haltung, mit der der Therapeut an der Beziehung zu dem Patienten oder zur Gruppe der Patienten teilnimmt, sowie der sogenannte antwortende Modus, der die Art und Weise charakterisiert, wie der Therapeut das Gespräch mit dem Patienten und die therapeutische Beziehung von seiner Seite aus gestaltet.

## **Wegweiser durch das Handbuch**

Die Gliederung des Handbuches lehnt sich an die Abfolge der Schritte an, wie sie auch in der klinischen Praxis aufeinander folgen. Nach einer einleitenden Darstellung von Grundzügen der psychoanalytisch-interaktionellen Methode und deren Entwicklung sind

die Patienten Thema, für deren Behandlung die Methode in erster Linie entwickelt wurde, Patienten mit sogenannten strukturellen Störungen oder schweren entwicklungsbedingten Störungen der Persönlichkeit. Im Anschluss an ein Kapitel zu implizitem Beziehungswissen wird die psychoanalytisch-interaktionelle Behandlungstechnik dargestellt – die vielfältigen Aspekte, die bei der Vorbereitung der Patienten auf die bevorstehende Behandlung zu beachten sind, Manifestationen struktureller Beeinträchtigungen der Patienten in ihren Äußerungen und Erzählungen sowie in der therapeutischen Beziehung und die besonderen therapeutischen Techniken der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. Beispiele aus dem klinischen Behandlungsalltag zeigen, wie interpersonelle Beziehungen in der Behandlung in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt werden und wie und auf welchen Wegen der Patient es erreichen kann, seine interpersonellen Beziehungen und sich selbst stabiler zu regulieren und sich in seiner sozialen Lebenswelt sicherer zu verankern. Dem schließt sich das Kapitel zur psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie an; dabei wird in dem Teil zur therapeutischen Arbeit in der Gruppe auf die vorangegangenen Kapitel Bezug genommen. Das Handbuch beschließen Hinweise zum aktuellen Forschungsstand.

## **Zum Gebrauch des Handbuches**

Das Handbuch soll Psychotherapeuten bei der Anwendung der Behandlungsmethode in der täglichen klinischen Praxis unterstützen. Zweifellos gewährleistet die genaue Kenntnis eines Handbuches oder Manuals noch nicht, dass die Behandlung, die der Therapeut durchführt, für diesen Patienten auch hilfreich ist. Eine psychotherapeutische Behandlung lässt sich nicht in der Weise realisieren, dass in einem Manual dargestellte Behandlungstechniken an einem Patienten ausgeführt werden. Kein Manual kann einem Psychotherapeuten die Fähigkeit vermitteln, sich in seinen Patienten einzufühlen und sich vor Augen zu führen, wie dieser Patient in diesem Moment vermutlich fühlt und die Situation erlebt und wie es für diesen Patienten in dieser Sequenz vermutlich sein wird, wenn er als Therapeut sich in dieser Situation so oder anders verhalten und sich in dieser oder jener Weise äußern wird. Das aber ist für jede Therapie, die einem

Patienten nicht nur übergestülpt wird, eine wichtige Voraussetzung. Psychotherapie ist ein Gespräch, ist soziales Handeln, und es gibt kein Manual, das die Fähigkeit vermitteln könnte, ein Gespräch zu führen. Zwar kann eine Sprache gelernt werden, aber die Kenntnis der Sprache gewährleistet noch nicht die Fähigkeit, ein Gespräch zu führen. Und wenn ein Sprecher ein Gespräch so führen würde, wie ein Manual das empfehlen könnte, wäre er noch kein kompetenter Gesprächsteilnehmer.

Ein Handbuch kann und soll auch das Lernen mittels Supervision nicht ersetzen. Die Zusammenarbeit mit einem erfahrenen Psychotherapeuten dürfte wohl in allen Therapieformen das wichtigste Lernmedium sein.

Gleichwohl sollte der Nutzen eines Handbuches auch nicht unterschätzt werden. Psychotherapeuten, die die psychoanalytisch-interaktionelle Methode erlernen oder mit der Methode bereits arbeiten, wird empfohlen, die entsprechenden Kapitel wieder und wieder zu lesen, wenn sich ihnen in ihrer praktischen Arbeit oder in der Supervision Fragen stellen. Je weiter sie sich in den Text vertiefen und das Gelesene mit ihren praktischen Erfahrungen verknüpfen, desto häufiger werden sie feststellen, dass sich die Hinweise in dem Handbuch für die praktische Arbeit oftmals wie selbstverständlich aus den Besonderheiten struktureller Beeinträchtigungen des Patienten und aus den Anforderungen der Behandlung selbst ergeben.

Am Ende der meisten Kapitel findet sich eine kurze Zusammenfassung (»Merke«) einiger wichtiger, in dem Kapitel behandelter Hinweise. Sie ersetzen nicht die Lektüre des gesamten Kapitels, können aber dem Psychotherapeuten, der mit der Methode arbeitet, als Erinnerungsstütze dienen.



## Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode

Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie ist eine entwicklungsorientierte psychotherapeutische Methode für die Behandlung von Patienten, deren Beeinträchtigungen diagnostisch meist mit Persönlichkeitsstörungen oder sogenannten strukturellen Störungen in Verbindung gebracht werden. Mit der Zusammenführung der auf den ersten Blick unvereinbaren Begriffe »psychoanalytisch« auf der einen und »interaktionell« auf der anderen Seite in der Bezeichnung »psychoanalytisch-interaktionelle Methode« kommt zum Ausdruck, dass die Störung der Patienten psychodynamisch verstanden wird, die Therapie dagegen – abweichend von der für die Psychoanalyse charakteristischen Arbeitsweise – auf interaktives Geschehen, auf das »Zwischen« also, und auf interpersonelle Beziehungen ausgerichtet ist. Insofern wäre die Bezeichnung »psychodynamisch-interaktionelle Methode« angemessener. Da der Name »psychoanalytisch-interaktionelle Therapie« sich aber seit einigen Jahrzehnten eingepreßt hat, wird er hier trotz mancher weit reichender Unterschiede zu einer streng verstandenen Psychoanalyse beibehalten.

Interaktion ist kein *psychologischer* Begriff. Wenn man genau hinsieht, wo in der Psychotherapie von Interaktion die Rede ist, fällt auf, dass es dort oftmals nicht um *Interaktion* geht, sondern um Verhalten entweder von Patienten oder von Therapeuten gegenüber den jeweils anderen. Und dieses Verhalten wird dann als Ausdruck psychischen – bewussten oder unbewussten – Erlebens verstanden. In der Behandlungssituation wird, was ein Geschehen *zwischen* den Anwesenden ist, dementsprechend auf unbewusste psychische Dispositionen zurückgeführt. Interpersonelles Verhalten wäre dann nur Manifestation individueller psychischer Dispositionen: Das Geschehen *zwischen* den Anwesenden ginge aus psychischem Geschehen hervor. Damit wird interpersonelles Geschehen, das Verhalten von Anwesenden im Kontext des Verhaltens von anderen, die Wechselwirkung (Balint, 1963), aber gerade zum Verschwinden gebracht.

Der Schwerpunkt liegt in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie nicht vorrangig auf der intrapsychischen Welt, auf dem



unbewussten und bewussten *Erleben* des Patienten; im Vordergrund stehen vielmehr die Schwierigkeiten des Patienten, sich selbst im Kontakt mit anderen zu regulieren und seine zwischenmenschlichen Beziehungen zu gestalten. Der Weg hin zu psychischer Stabilisierung verläuft hier zuvorderst über eine Verbesserung der Möglichkeiten des Patienten zur Selbst- und Beziehungsregulierung und so zur Teilnahme am sozialen Leben.

Psychotherapie ist gewöhnlich auf den seelischen Zustand des Patienten ausgerichtet. Die therapeutische Arbeit mit der psychoanalytisch-interaktionellen Methode fokussiert demgegenüber vorrangig auf das Selbst des Patienten im Kontakt mit anderen, auf die soziale Lebenswelt und damit auf die Möglichkeit, reziproke interpersonelle Beziehungen zu gestalten und mitzugestalten.

Die überragende Bedeutung einer ausreichend sicheren Verankerung in der sozialen Lebenswelt sowohl für die psychische wie für die körperliche Gesundheit ist unstrittig. Nicht nur bedarf es relativer psychischer Stabilität, um in befriedigender Weise am Zusammensein mit anderen teilnehmen zu können, sondern ausreichend gute und verlässliche zwischenmenschliche Beziehungen sind auch der sicherste Garant für relative seelische Gesundheit, die ihrerseits immer auch – so Ehrenberg (2012) – »*die Gesellschaftlichkeit* des heutigen Menschen« (S. 499) betrifft.

Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode ist entwicklungsorientiert: Im Vordergrund steht das Bemühen um Entwicklung und Förderung von psychosozialen Fähigkeiten, die es dem Patienten ermöglichen, ausreichend befriedigende interpersonelle Beziehungen zu gestalten und sich in der sozialen Lebenswelt tragfähiger zu verankern, Fähigkeiten, über die er aufgrund oft äußerst schwieriger Bedingungen in seiner Entwicklung bis dahin nicht oder nur eingeschränkt verfügt.

Die Ausrichtung der psychoanalytisch-interaktionellen Arbeitsweise auf die interpersonellen Beziehungen des Patienten und auf die Schwierigkeiten, sich mit seiner Umwelt in ein von Wechselseitigkeit bestimmtes Verhältnis zu setzen, geht mit einer spezifischen Handhabung der therapeutischen Beziehung einher – und das bedeutet aus psychodynamischem Blickwinkel auch: mit einer besonderen Handhabung von Übertragung und Gegenübertragung. Statt aus vermeintlich neutraler oder technisch neutraler Position auf den Patienten und dessen Verhalten hinzuzeigen, wie das für die Psy-

choanalyse charakteristisch ist, wird die therapeutische Beziehung hier genutzt, um das Erleben und Verhalten des Patienten in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen transparent und die Mittel und Wege zur Mitgestaltung dieser Beziehungen im Kontext des Verhaltens von anderen verständlich werden zu lassen. Damit ist verbunden, dass sich die therapeutische Arbeit in großer Nähe zur sozialen Alltagswelt des Patienten bewegt.

Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode trägt damit dem Umstand Rechnung, dass die Fähigkeiten und Funktionen der Selbst- und der Beziehungsregulierung von Patienten mit sogenannten strukturellen Störungen oder schweren Persönlichkeitsstörungen ihre Anpassung an die meist erheblich belasteten Bedingungen reflektieren, unter denen sich ihre Entwicklung vollzogen hat, die aber nicht geeignet sind, die Teilnahme an und die Gestaltung von ausreichend befriedigenden interpersonellen Beziehungen, die von Reziprozität und wechselseitiger Anerkennung bestimmt sind, zu ermöglichen. Die Umstände, unter denen die Patienten aufgewachsen sind, waren häufig von vernachlässigenden, emotional höchst kargen, manchmal misshandelnden und traumatisierenden Beziehungserfahrungen bestimmt und haben tiefe Spuren in der Persönlichkeit und der Struktur der Persönlichkeit hinterlassen. Dass es den Patienten in der Folge nicht oder nur schwer möglich ist, an einer sozialen Welt teilzunehmen, in der das Zusammensein mit anderen zugleich von Wechselseitigkeit und von Selbstbestimmung geprägt ist, gehört zu den gravierendsten Folgen der schwierigen Bedingungen, die ihre Entwicklung begleitet haben. Die Patienten sind, wenn überhaupt, oft nur eingeschränkt in der Lage, die Perspektive der anderen zu übernehmen, von einem dritten Standort aus auf sich selbst zu blicken und sich selbstreflexiv mit dem eigenen Verhalten und Erleben und mit einem interpersonellen Geschehen auseinanderzusetzen, an dem sie selbst gerade beteiligt sind. Die Fähigkeit, die Perspektive der anderen zu übernehmen, ist ein für das soziale Leben grundlegendes, aber im Alltag meist auch ein als derart selbstverständlich vorausgesetztes Können, dass leicht übersehen wird, wie schwierig sich das Zusammensein mit anderen gestaltet, wenn diese Fähigkeit nicht oder nur bruchstückhaft entwickelt werden konnte.

Mit ihrer spezifischen Ausrichtung auf zwischenmenschliche Beziehungen und der Fokussierung auf das Selbst im Zusammensein mit anderen, auf interpersonelle Beziehungen und Interaktion

und auf den untrennbar engen Zusammenhang von Selbst- und Beziehungsregulierung – und das bedeutet: auf Verhalten und Erleben im Kontext des Verhaltens von anderen – unterscheidet sich die psychoanalytisch-interaktionelle Methode von anderen aus der Psychoanalyse hervorgegangenen Behandlungsmethoden. In diesem Sinn liegt der psychoanalytisch-interaktionellen Methode eine »Zwei- oder Mehr-Personen-Psychologie« (Balint, 1968) zugrunde.

Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie ist seit ihren Anfängen im Feld der klinischen Versorgung schwer gestörter Patienten verankert. Die Methode wird seit den 1970er Jahren in der psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen bzw. sogenannten strukturellen Störungen erfolgreich eingesetzt, anfangs in erster Linie als Therapie in der Gruppe im Rahmen klinisch-stationärer Patientenversorgung. Seither wurde die Methode auf der Grundlage vieljähriger klinischer Erfahrungen ständig weiterentwickelt. Sie stützt sich auf Erfahrungen und psychodynamische Konzepte, die ihren Ursprung in der Psychoanalyse haben und die zu einem Teil auf die besonderen Bedingungen strukturell gestörter Patienten hin adaptiert wurden. Darüber hinaus wurden in die Weiterentwicklung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode auch Erkenntnisse aus Nachbargebieten einbezogen, für die soziales Alltagsleben und damit Interaktion und Interpersonalität zentrale Themen sind. Die moderne psychoanalytisch-interaktionelle Methode wird als Einzel- und als Gruppentherapie im ambulanten wie im stationären Bereich bei Patienten im Erwachsenenalter und bei jugendlichen Patienten eingesetzt. Vor dem Hintergrund, dass Jugendliche alterstypisch in einigen ihrer strukturellen Fähigkeiten, beispielsweise ihrer Fähigkeit zur Selbstreflexion oder zum Mentalisieren, labilisiert sind und psychische Realität in der Entwicklungsphase der Adoleszenz mehr gezeigt als mit Worten mitgeteilt wird, kommt die psychoanalytisch-interaktionelle Methode für die Behandlung psychischer Störungen auch bei Jugendlichen zur Anwendung (Cropp, Zimmermann u. Streeck-Fischer, 2014; Streeck-Fischer u. Streeck, 2010, 2013).

## Zur Entwicklung der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie

Die Anfänge der psychoanalytisch-interaktionellen Methode reichen in die erste Hälfte der 1960er Jahre zurück. Ausgehend von der Erfahrung, dass viele psychisch kranke Patienten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter mit den in der damaligen Psychiatrie zur Verfügung stehenden Mitteln nicht ausreichend behandelt werden konnten, mussten für deren therapeutische Versorgung psychotherapeutische Mittel erst entwickelt und erprobt werden. Weder waren die traditionellen psychiatrischen Kliniken für diese Aufgabe eingerichtet, noch standen für eine Patientenklientel, deren Störungen sich nicht in Worten zum Ausdruck brachten, sondern gezeigt wurden oder sich zeigten, geeignete psychotherapeutische Methoden zur Verfügung. Zwar hat es seit Mitte des 20. Jahrhunderts vereinzelte Versuche gegeben, Patienten, deren Störungen sich hinter Diagnosen wie Psychopathie, Soziopathie oder abnorme Persönlichkeit verbargen, psychoanalytisch zu behandeln, dennoch blieb die Behandlung psychiatrisch kranker Patienten mit psychotherapeutischen Mitteln ein weitgehend unbearbeitetes Gebiet. Um für diese Aufgabe nutzbringend eingesetzt werden zu können, mussten Konzepte und therapeutische Techniken, die mit der Psychoanalyse – die einzige Mitte des 20. Jahrhunderts entwickelte Therapiemethode – verbunden waren, teilweise weitgehend verändert und an die spezifischen Anforderungen angepasst werden, die der therapeutische Umgang mit dieser schwer gestörten, psychiatrischen Patientenklientel stellte. Das betraf auch den Umstand, dass sich die Beeinträchtigungen dieser Patienten überwiegend als »Störungen des Sozialen«, also als interpersonelle Störungen zeigen (Streeck, 2014). Das wiederum stieß auf beiden Seiten auf skeptische Zurückhaltung, bei Psychiatern ebenso wie bei Psychoanalytikern. Nicht wenige Psychiater standen der Psychoanalyse ablehnend, gelegentlich sogar feindselig gegenüber und widersetzten sich jeglichen Bemühungen, psychoanalytische bzw. psychodynamische Erkenntnisse für die Behandlung ihrer Patienten zu nutzen. Auf der anderen Seite betrachteten einflussreiche Vertreter der Psychoanalyse Anstrengungen, psychoanalytische Konzepte und Behandlungstechniken mit Blick auf diese Patientengruppen zu modifizieren, als fragwürdiges Unternehmen, das eine als »richtig« oder »eigentlich« verstandene Psychoanalyse

zu verzerren und zu verwässern drohe. Aus ihrer Sicht hatte sich die Psychoanalyse um die Erforschung des Unbewussten zu kümmern. Aufgaben der therapeutischen Versorgung schwer gestörter, psychiatrisch kranker Patienten wurden demgegenüber als sekundär betrachtet und dem Aufgabenspektrum von *Psychotherapie* zugeordnet, nicht oder allenfalls höchst selektiv dem der *Psychoanalyse*. »Angewandte Psychoanalyse« – so die Bezeichnung, die diejenigen Psychoanalytiker für ihr Aufgabenfeld verwendeten, die die klinische Versorgung psychisch schwer beeinträchtigter Patienten trotz aller Vorbehalte als ihre Aufgabe ansahen, »galt manchen Repräsentanten einer ›wirklichen‹ oder ›eigentlichen‹ Psychoanalyse« oftmals als verächtlich (vgl. Mentzos, 2006).

Die ebenso schwierige wie anspruchsvolle Aufgabe, von psychodynamischen und psychoanalytischen Erfahrungen und Erkenntnissen in einer Weise Gebrauch zu machen, dass auch in ihrer Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigte, psychiatrisch kranke Patienten – diagnostisch in der Psychiatrie zumeist als Psycho- oder Soziopathie diagnostiziert, in der Psychotherapie als schwere Charakterneurosen – davon würden profitieren können, veranlasste Heigl-Evers und Heigl (1983) in den 1970er Jahren dazu, eine an der Psychoanalyse orientierte Gruppentherapie zu entwickeln, die für die Behandlung von Patienten mit sogenannten strukturellen Störungen günstige Entwicklungsbedingungen bot, die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie.

## Benachbarte Therapiemethoden

In den letzten Jahren haben sich der psychoanalytisch-interaktionellen Methode zwei weitere aus der Psychoanalyse entwickelte Methoden zur Seite gestellt, die übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP; Clarkin, Yeomans u. Kernberg, 2006) und das Mentalization Based Treatment (MBT; Bateman u. Fonagy, 2004; Bolm, 2009; Schultz-Venrath, 2013), beide speziell für die Behandlung von Patienten mit Borderline-Störungen. Wie die psychoanalytisch-interaktionelle Methode sind beide Methoden von der Erfahrung bestimmt, dass für die Behandlung von Borderline-Patienten mehr oder weniger weit reichende Modifikationen unverzichtbar sind.

Die übertragungsfokussierte Psychotherapie bewegt sich sowohl in ihrer Auffassung von der therapeutischen Beziehung und deren nützlicher Handhabung wie in ihrer Auffassung von therapeutisch wirksamen Techniken und Strategien nahe an der Psychoanalyse. Die Borderline-Störung wird in der übertragungsfokussierten Therapie als Folge verinnerlichter pathologischer Beziehungserfahrungen verstanden. In dieser Hinsicht besteht Übereinstimmung mit der Auffassung von der Genese struktureller Störungen, wie sie auch in Zusammenhang mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD; 2006) verstanden wird. Auch in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie werden strukturelle Störungen als Folge der Verinnerlichung beeinträchtigender, vernachlässigender oder traumatisierender Beziehungserfahrungen verstanden, die – wie im Rahmen der OPD beschrieben – zu strukturellen Störungen geführt haben, mit der Folge, dass den Patienten wichtige Funktionen der Selbst- und der Beziehungsregulierung nicht zur Verfügung stehen und auch durch Deutungen ihres Verhaltens nicht verfügbar gemacht werden können. Demgegenüber konzentriert sich das therapeutische Vorgehen bei der übertragungsfokussierten Psychotherapie wie in der Psychoanalyse auf die Deutung unbewusster Repräsentanzen, die sich in Übertragung und Gegenübertragung manifestieren. Auch die Haltung, die der Therapeut einnimmt, gleicht aufgrund der verlangten technischen Neutralität der des Psychoanalytikers.

Dabei wird in der übertragungsfokussierten Psychotherapie vorausgesetzt, dass die Patienten nützlichen Gebrauch davon machen können, wenn der Therapeut mit Deutungen auf Beweggründe ihres Erlebens und Verhaltens hinweist, die ihnen selbst nicht bewusst sind. Den Patienten muss es somit möglich sein, die mit der Deutung formulierte Hypothese, die ihr eigenes Verhalten erklären soll, aufzunehmen, den Blick auf sich selbst zu richten und über sich selbst und mögliche Motive ihres Verhaltens nachzudenken.

Wenn die Deutung unbewusster Objektbeziehungen in der übertragungsfokussierten Psychotherapie zudem möglichst rasch erfolgen soll, weil Zögern »als Ausdruck einer Gegenübertragungsreaktion verstanden werden kann« (Dammann, Buchheim, Clarkin u. Kernberg, 2000, S. 470), dann zeigt sich auch darin ein deutlicher Unterschied zur psychoanalytisch-interaktionellen Therapie. Denn was das für den Patienten bedeutet, wie der Therapeut sich verhält, ob er zögert, schnell interveniert, schweigt oder sich scheinbar neutral verhält, zeigt

ihm der Patient mit seinem nachfolgenden Verhalten; immer gestaltet er die therapeutische Beziehung mit seinem Verhalten mit. Insofern ist die Trennung von Übertragung und Gegenübertragung künstlich: Die therapeutische Beziehung ist eine Koproduktion von Patient und Therapeut – und was aus der Sicht des Therapeuten schnelles oder zögerliches Verhalten sein mag, sagt noch nichts darüber aus, was dieses gleiche Verhalten für den Patienten bedeutet. Was ein Verhalten bedeutet, ist nicht dem Verhalten schon fest eingeschrieben, sondern die Bedeutung von Verhalten wird interaktiv konstituiert und ist somit nicht unabhängig von dem jeweiligen interpersonellen Kontext. Der Psychotherapeut ist kein neutraler, objektiver Beobachter der seelischen Wirklichkeit seines Patienten; er kann über den Patienten nichts unabhängig von seiner eigenen Person und von seinem eigenen Einfluss auf den Patienten erfahren. Er hat es – wie der Psychoanalytiker auch – ausnahmslos mit Ereignissen zu tun, die in ein von beiden gestaltetes Feld eingebunden sind und im Zuge ihrer Interaktion koproduziert werden. Unvermeidlich behandeln sich Patient und Psychoanalytiker wechselseitig.

Auch die Auffassung von »Diskrepanzen zwischen den drei Kommunikationskanälen des Patienten« (verbal, nonverbal und Übertragung/Gegenübertragung, Dammann et al., 2000, S. 470), die für die übertragungsfokussierte Psychotherapie richtig ist, gilt für die psychoanalytisch-interaktionelle Methode nicht. Sprachliches Verhalten trägt ebenso wie körperliches keine ganz bestimmten Bedeutungen in sich; vielmehr wird die Bedeutung sowohl sprachlichen wie körperlichen Verhaltens immer im wechselseitigen Austausch »verhandelt«.

Schließlich werden in der übertragungsfokussierten Psychotherapie in Übereinstimmung mit der Neutralitätsforderung supportive Elemente wie Empfehlungen, Ratschläge oder Erläuterungen nicht eingesetzt. Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie, die entwicklungsorientiert ist, trägt demgegenüber der klinischen Erfahrung Rechnung, dass die strukturell bedingten Beeinträchtigungen des überwiegenden Teils der Patienten oftmals Empfehlungen und Erläuterungen des Therapeuten erforderlich machen.

Die »Mentalization Based Treatment« genannte Methode, ebenfalls eine Therapie für die Behandlung von Patienten mit Borderline-Störungen, versteht die Borderline-Störung als Folge einer beeinträchtigten Fähigkeit zu mentalisieren, was wiederum in erster Linie als Folge intensiver Verlassenheitsangst aufgefasst wird. Das bei

Borderline-Patienten häufige selbstverletzende Verhalten wird als Ausdruck des Versuches verstanden, psychischer Dekompensation in Zuständen hoher emotionaler Erregung entgegenzuwirken. Im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit steht die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten. Anders als bei der übertragungsfokussierten Psychotherapie werden die aktuelle Patient-Therapeut-Beziehung und damit Übertragung und Gegenübertragung lediglich soweit genutzt, als sie für die Arbeit an der Fähigkeit zu mentalisieren förderlich sind. Bateman und Fonagy (2004) haben die Auffassung vertreten, dass die Fähigkeit zu mentalisieren in verschiedenen psychotherapeutischen Methoden eine Rolle spielt und nicht allein durch spezifische, methodengebundene Techniken gefördert wird.

Der psychoanalytisch-interaktionellen Methode liegt ebenfalls ein psychodynamisches Verständnis psychischen und psychopathologischen Erlebens und Verhaltens zugrunde, ergänzt durch die in der Soziologie verankerte Auffassung, dass die soziale Alltagswelt, in der der Patient sich bewegt, nicht so schon vorhanden ist, sondern von ihm selbst in Interaktion mit seinen Mitmenschen mit hervorgebracht und gestaltet wird. Darum liegt der Fokus bei der psychoanalytisch-interaktionellen Arbeitsweise mit strukturell gestörten Patienten auf der Regulierung ihres Selbst und der Regulierung und Gestaltung ihres Zusammenseins mit anderen und des Zusammenseins anderer mit ihnen. Dass sich die therapeutische Arbeitsweise deutlich von der Arbeitsweise der Psychoanalyse und der übertragungsfokussierten Psychotherapie unterscheidet, kommt nicht nur in dem entschiedenen Verzicht auf Deutungen des unbewussten Verhaltens der Patienten zum Ausdruck, sondern vor allem in der Bedeutung, die in der sozialen Lebenswelt der Patienten und ihren interpersonellen Beziehungen gesehen wird. Zudem ist die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie auf Progression und Entwicklung hin angelegt, und zwar auf die Entwicklung und Weiterentwicklung von Fähigkeiten, interpersonelle Beziehungen zu regulieren und zu gestalten und mitzugestalten und sich in der sozialen Welt ausreichend sicher zu verankern. Dazu benötigt der Psychotherapeut neben theoretischen und klinischen Kenntnissen ein Verständnis von zwischenmenschlicher Interaktion und des sozialen Alltagslebens (vgl. Streeck, 2007).

Wie Patienten mit strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen sich in ihrer sozialen Alltagswelt bewegen,



tritt deutlich auch dann hervor, wenn die Therapie in Mehr-Personen-Situationen wie einer Gruppe oder einer Klinik stattfindet. Die interpersonell sich manifestierenden Beeinträchtigungen hier zu untersuchen und therapeutisch zu beeinflussen setzt voraus, dass der Bedeutung des sicht- und hörbaren interpersonellen Verhaltens, in dem sich implizites Beziehungswissen zeigt, und der vielfältigen subtilen Mittel, die dabei für die Herstellung sozialer Wirklichkeit eingesetzt werden, Rechnung getragen wird. Wird die Klinik konzeptuell hingegen auf die Funktion einer Umgebung reduziert, in der sich die »eigentlichen« therapeutischen Prozesse vollziehen, verstellt das den Blick dafür, wie alle Anwesenden dazu beitragen, die soziale Realität der Klinik und in der Klinik zu gestalten. Manche Auffassungen von stationärer Psychotherapie drücken die Überzeugung aus, dass das therapeutische Geschehen in der Klinik nicht grundlegend anders als dyadische Behandlungssituationen zu verstehen oder zu konzipieren sei. So wird in der Klinik manchmal in erster Linie ein Raum für die Darstellung, Wiederbelebung, Erfahrung, Neuorientierung und Bearbeitung der gestörten inneren Welt des Patienten gesehen, der Aufnahme des Patienten in die Klinik die Qualität eines therapeutisch-mütterlichen Aktes zugeschrieben, die gemeinsame Anwesenheit von Patienten und Therapeuten einer dyadischen Situation vergleichbar als Gegenüberstehen zweier Gruppen konzipiert, als Kennzeichen für das therapeutische Arrangement in der Klinik die Beziehung des Patienten zu einer Therapeutengruppe ausgegeben, das Erleben jedes Patienten in der Klinik vorrangig als Ausdruck der Reaktualisierung der jeweils spezifischen infantilen Beziehungsmuster und unbewussten intrapsychischen Konflikte aufgefasst, von dem Verhalten von Patienten im Zusammensein mit anderen behauptet, dass es wesentlich durch den Mechanismus der projektiven Identifikation bestimmt sei, die Funktion der Anwesenheit von Mitpatienten auf einen Multiplikatoreffekt verkürzt, in Gegenübertragungsreaktionen der therapeutischen Mitarbeiter allein ein Wahrnehmungsinstrument für die unbewussten Vorgänge im Patienten gesehen, nicht aber soziales Handeln usw. Die therapeutische Situation in der Klinik unterscheidet sich in ihren Grundzügen dann scheinbar in kaum mehr als der Anwesenheit einer Vielzahl anderer Personen von der Situation in einer Einzeltherapie. Im Verhalten von Patienten im Zusammensein mit anderen werden nur Zeichen gesehen, die auf »Inneres« verweisen, statt Mittel

zu sein, mit denen das Geschehen im »Zwischen« hervorgebracht und reguliert wird. In der Konsequenz verweist interpersonelles Verhalten der Patienten in verschiedenen sozialen Situationen in der Klinik dann immer wieder nur auf sedimentierte unbewusste Beziehungserfahrungen, die in Übertragungen und Wiederinszenierungen auftauchen und zu deren Verständnis die Therapeuten über ihre Gegenübertragung gelangen. Was tatsächlich interpersonelles Geschehen ist, verliert seine interaktive Qualität. Folgerichtig ist von Interaktion kaum noch die Rede, allenfalls noch von einem Patienten, der interagiert, eine Auffassung, die mit einem interpersonellen Verständnis des therapeutischen Geschehens schwer vereinbar ist. Die soziale Wirklichkeit klinischer Einrichtungen ist nicht unabhängig vom Handeln der Anwesenden vorhanden. Eine Klinik ist keine leere Bühne, auf der Patienten ihre unbewussten Konflikte in Szene setzen. Ebenso wenig sind die an der Behandlung im Krankenhaus Beteiligten neutrale, von den Patienten für die Inszenierung ihrer Konflikte beliebig zu verwendenden Objekte. Was in der stationären Behandlung geschieht, ist das Produkt wechselseitigen aufeinander bezogenen Handelns und Behandelns, ein Geschehen, das die Beteiligten gemeinsam hervorbringen, eine Koproduktion, von Anwesenden im Zuge ihres Miteinander-Umgehens gestaltet. Die Akteure in der Klinik tauchen – mit anderen Worten – nicht in eine soziale Realität ein, die jenseits ihres eigenen Zutuns als solche vorab schon da ist, sondern sie produzieren eben diese Wirklichkeit erst im Vollzug ihres Handelns. Gerät das aus dem Blick, bleiben die vielfältigen Chancen und Möglichkeiten leicht ungenutzt, implizites Beziehungswissen der Patienten, ihre Beeinträchtigungen im Zusammensein mit anderen und das Wie der interaktiven Herstellung von interpersonellen Beziehungen im Feld der Klinik zu untersuchen und zu verändern.