

Ulrich Streeck / Falk Leichsenring

Handbuch psychoanalytisch- interaktionelle Therapie

Behandlung von Patienten
mit strukturellen Störungen und
schweren Persönlichkeitsstörungen

Vandenhoeck & Ruprecht

V&R

Ulrich Streeck / Falk Leichsenring

Handbuch psychoanalytisch- interaktionelle Therapie

Behandlung von Patienten mit
strukturellen Störungen und schweren
Persönlichkeitsstörungen

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 978-3-525-40160-6

© 2009 Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen / 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. Hinweis zu §52a UrHG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Printed in Germany.

Satz: PTP-Berlin, Protago TeX-Production GmbH (www.ptp-berlin.eu)
Druck und Bindung: ☉ Hubert & Co GmbH und Co KG, Göttingen

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Zu diesem Handbuch	9
Wegweiser durch das Handbuch	9
Zum Gebrauch des Handbuches	10
Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode	13
Zur Entwicklung der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie	15
Benachbarte Therapiemethoden	17
Strukturelle Störungen	21
Die psychoanalytisch-interaktionelle Behandlungstechnik	27
Die Vorbereitung des Patienten auf die Behandlung	27
Aufklärung des Patienten	28
Aufklärung des Patienten über die Diagnose	29
Aufklärung des Patienten über die Behandlung	35
Rahmenbedingungen	49
Schwerpunkt der Behandlung	52
Suizidales und selbstverletzendes Verhalten	54
Umgang mit Medikamenten	57
Therapie außerhalb der Therapiezeiten	58
Dauer der Behandlung	59
Ausfall von Stunden	59
Honorarfragen	61
Verstehen Patient und Therapeut die vereinbarten Bedingungen gleich?	61
Modifikationen des Rahmens im Verlauf der Therapie	62
Die Vereinbarung verbindlicher Rahmenbedingungen misslingt	64
Ringen um Rahmenbedingungen als Therapie	65
Die Haltung des Therapeuten	69
Beziehungsstörungen im therapeutischen Gespräch	73
Zur Manifestation struktureller Beeinträchtigungen im therapeutischen Gespräch	76

Erleben von Beziehungen (Objektbeziehungen)	77
Stabilität von Beziehungen (Beziehungskonstanz, Objekt Konstanz)	80
Selbstwahrnehmung und Selbstregulierung in interpersonellen Beziehungen	81
Wahrnehmen und Ausdruck von Gefühlen	83
Psychische und interpersonelle Abwehr	85
Gewissen und Idealansprüche	86
Antizipation der Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere	89
Handlungsimpulse, Befriedigungsaufschub und Frustrationstoleranz	91
Regression und interpersonelle Beziehungen	93
Die Behandlungstechnik	95
Der antwortende Modus	96
Deutungen und Alltagsgespräche	98
Antworten und Alltagsgespräche	99
Antwortende Interventionen und Toleranzgrenzen	104
Antworten und die therapeutische Arbeit an und mit Gefühlen	104
Zum antwortenden Umgang mit Idealisierungen	107
Antworten und Antizipation habituellen Verhaltens	110
Antworten und das Primat der Progressionsorientierung	111
Motivation zur Behandlung	113
Zusammenfassung: Funktionen von Interventionen im antwortenden Modus	113
Der Therapeut als realer und als virtueller Interaktionsteilnehmer	114
Zum therapeutischen Umgang mit Affekten	119
Wahrnehmung und Differenzierung von Gefühlen	120
Ausdruck von Gefühlen	123
Zum therapeutischen Umgang mit nichtsprachlichem Verhalten	125
Zum Primat der Selbstregulierung	128
Besondere therapeutische Probleme	129
Schweigen des Patienten und Initiative zum Kontakt	129
Schweigen während der Behandlung	130
Affektives und impulsives Verhalten	131

Negative Übertragungen	132
Suizidalität	135
Zum Umgang mit Träumen	136
Zur Beendigung der Behandlung	138
Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie	141
Vorbemerkung	141
Psychoanalytisch-interaktionelle Arbeit in der Gruppe . . .	143
Die Grundeinheit sozialer Interaktion	144
Konzepte zum Verständnis von	
Mehr-Personen-Situationen	145
Die Definition der Situation	146
Die Grundregel für die Gruppe und die Offenheit der	
Situation	147
Explizite und implizite Situationsdefinitionen	149
Sanktionen	152
Soziale Normen	156
Interaktionsmuster	158
Vorbereitung der Patienten auf die Gruppentherapie . . .	160
Das Vorgespräch für die Gruppentherapie	160
Der Nutzen von Gruppentherapie	161
Die Grundregel für die therapeutische Arbeit in der	
Gruppe	163
Modifikationen der Grundregel für besondere	
Patientengruppen	164
Ausblick auf die bevorstehende Gruppenbehandlung .	165
Zur Rolle des Gruppentherapeuten	167
Gruppe ohne Gruppentherapeut	169
Verpflichtung zur Verschwiegenheit	169
Wie hat der Patient die Hinweise des	
Gruppentherapeuten verstanden?	170
Haltung und Aufgaben des Therapeuten in der Gruppe	171
Zur therapeutischen Technik in der Gruppenbehandlung . .	174
Der antwortende Modus	174
Erläuterungen zu grundlegenden Aspekten	
interpersoneller Beziehungen	179
Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit in der Gruppe . .	182
Explizite und implizite Themen	182
Wie wird die aktuelle Situation definiert?	185

Geltungsansprüche normativer Erwartungen	186
Gefühle	190
Beziehungserleben und Beziehungsgestaltung (Objektbeziehungen)	193
Komplikationen in der Gruppentherapie	194
Gefährdungen des Rahmens	194
Normen in der Gruppe, die Entwicklung behindern . . .	200
Häufiger Wechsel von Gruppenteilnehmern	203
Sozial ängstliche Patienten	204
Wiederkehrende interpersonelle Probleme in der Gruppe	205
In Kontakt treten	206
Aggressivität und Kritik	206
Toleranzgrenzen	207
Emotionale Nähe und Intimität	209
Gleichheit und Differenz	209
Trennung und Abschied	210
Zusammenfassung: Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie	210
 Psychotherapie bei strukturellen Störungen:	
Forschungsstand	213
 Aus- und Weiterbildung in der psychoanalytisch-interaktionellen Methode	217
 Checkliste für Therapeuten und Rater	219
Globale Einschätzung der Kompetenz des Therapeuten durch Rater	220
Globale Einschätzung der Schwierigkeiten, die der Patient dem Therapeuten bereitet hat	221
 Zitierte Literatur	223
 Ergänzende Literatur	227
 Register	233

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 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 teilnimmt, sowie der sogenannte antwortende Modus, der die Art und Weise charakterisiert, wie der Therapeut das Gespräch mit dem Patienten und die therapeutische Beziehung 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. Der erste Teil beginnt mit Hinweisen zur Vorbereitung des Patienten auf die bevorstehende Behandlung nach Abschluss der diagnostischen Untersuchungen; zur Vorbereitung des Patienten

gehören die Aufklärung über die Diagnose und über die bevorstehende Behandlung sowie die Vereinbarung von Rahmenbedingungen, die möglichst individuell auf den einzelnen Patienten und dessen jeweilige Problematik abgestimmt werden. Daran anschließend wird dargestellt, wie sich die strukturellen Störungen, insbesondere die Beeinträchtigungen der interpersonellen Beziehungen, in den Äußerungen und Erzählungen des Patienten und in der therapeutischen Beziehung selbst zeigen; dabei sollen Leitfragen dem Therapeuten die diagnostische Orientierung im Gespräch mit dem Patienten erleichtern. Schließlich werden die besonderen therapeutischen Techniken der psychoanalytisch-interaktionellen Methode ausführlich beschrieben, und anhand von Beispielen aus dem klinischen Alltag wird dargestellt, 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 sowie eine ursprünglich für Forschungszwecke entwickelte Checkliste für Rater, die sich aber auch zur Selbstkontrolle für praktizierende Psychotherapeuten anbietet.

Zum Gebrauch des Handbuches

Das Handbuch soll den 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 zusammengefasste Hinweise 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 erlebt und fühlt 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 Handbuchs 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 mit sogenannten strukturellen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Mit der Zusammenführung der Begriffe »psychoanalytisch« auf der einen und »interaktionell« auf der anderen Seite in der Bezeichnung »psychoanalytisch-interaktionelle Methode« wird zum Ausdruck gebracht, dass die Störung der Patienten psychodynamisch verstanden wird, die Therapie aber auf interaktives Geschehen und auf interpersonelle Beziehungen ausgerichtet ist. Der Schwerpunkt liegt in der Behandlung nicht vorrangig auf der intrapsychischen Welt des Patienten und auf unbewusstem Erleben, sondern im Vordergrund stehen die Schwierigkeiten des Patienten, sich selbst und seine zwischenmenschlichen Beziehungen zu regulieren und zu gestalten. Dementsprechend führt der Weg zu psychischer Stabilisierung hier zuvorderst über eine Verbesserung der Möglichkeiten des Patienten, am sozialen Leben teilzunehmen. In diesem Sinne kann die moderne psychoanalytisch-interaktionelle Therapie auch als eine »Beziehungstherapie« verstanden werden.

Während psychotherapeutisches Handeln meist auf den seelischen Zustand des Patienten ausgerichtet ist, ist die therapeutische Arbeit in der psychoanalytisch-interaktionellen Methode vorrangig auf das Selbst des Patienten im Kontakt mit anderen, seine soziale Lebenswelt und auf die Fähigkeit eingestellt, reziproke interpersonelle Beziehungen zu gestalten und mitzugestalten. Die immense Bedeutung einer ausreichend sicheren Verankerung in der sozialen Lebenswelt sowohl für die psychische wie für die physische Gesundheit ist unstrittig. Nicht nur bedarf es relativer psychischer Stabilität für das Zusammensein mit anderen, sondern ausreichend gute und verlässliche zwischenmenschliche Beziehungen sind auch der sicherste Garant für relative seelische Gesundheit.

Darin ist die psychoanalytisch-interaktionelle Methode entwicklungsorientiert. Im Vordergrund steht das Bemühen um Förderung der Möglichkeiten des Patienten, ausreichend befriedigende interpersonelle Beziehungen zu gestalten und sich in seiner sozialen

Lebenswelt tragfähiger zu verankern, über die er aufgrund schwieriger Bedingungen in seiner Entwicklung bis dahin nicht oder nur eingeschränkt verfügt.

Die durchgängige Ausrichtung der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie auf die soziale Lebenswelt 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. Die therapeutische Beziehung wird hier genutzt, um dem Patienten sein Erleben und Verhalten in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen und die Art und Weise, wie er diese Beziehungen mitgestaltet, transparent und verständlich werden zu lassen. Damit ist verbunden, dass sich die therapeutische Arbeit in großer Nähe zur sozialen Alltagswelt des Patienten bewegt.

Das trägt dem Umstand Rechnung, dass Patienten mit strukturellen Störungen über grundlegende Fähigkeiten und Funktionen der Selbst- und der Beziehungsregulierung, die die Teilnahme an und die Gestaltung von interpersonellen Beziehungen möglich machen, die von Reziprozität und wechselseitiger Anerkennung bestimmt sind, nicht oder nur bedingt verfügbar sind. Die oft äußerst schwierigen Umstände in der Entwicklung der Patienten, die häufig von vernachlässigenden, emotional höchst kargen, manchmal misshandelnden und traumatisierenden Beziehungserfahrungen bestimmt waren, haben tiefe Spuren in der Persönlichkeit und deren Struktur 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 Selbstbestimmung geprägt ist, gehört vielleicht zu den gravierendsten Folgen der schwierigen Bedingungen, die ihre Entwicklung begleitet haben. Sie sind, wenn überhaupt, nur eingeschränkt in der Lage, die Perspektive der anderen zu übernehmen, um von einem dritten Standort aus auf sich selbst zu blicken und sich selbstreflexiv mit dem eigenen Erleben und Verhalten oder mit einem interpersonellen Geschehen, an dem sie selbst gerade beteiligt sind, auseinanderzusetzen. Diese Fähigkeit, die Perspektive der anderen zu übernehmen, ist ein für das soziale Leben so grundlegendes, aber im Alltag meist auch als so selbstverständlich vorausgesetztes Können, dass leicht übersehen wird, wie schwierig sich das Zusammensein mit ande-

ren gestaltet, wenn das nicht oder nur bruchstückhaft möglich ist.

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 engen Zusammenhang von Selbst- und Beziehungsregulierung unterscheidet sich die psychoanalytisch-interaktionelle Methode von anderen aus der Psychoanalyse hervorgegangenen Behandlungsmethoden.

Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie ist seit ihren Anfängen im Feld der klinischen Versorgung schwer gestörter Patienten verankert. Seit den 1970er Jahren wird die Methode in der klinisch-stationären Versorgung – in erster Linie von strukturell gestörten Patienten – erfolgreich eingesetzt, anfangs als Therapie in der Gruppe. Seither wurde die Methode vor dem Hintergrund vieljähriger klinischer Erfahrungen mit strukturell gestörten Patienten ständig weiterentwickelt. Sie stützt sich auf Erfahrungen und psychodynamische Konzepte, die ihren Ursprung in der Psychoanalyse haben und die zu einem Teil für die besonderen Bedingungen strukturell gestörter Patienten adaptiert wurden, oder auch auf Erkenntnisse, die in Nachbargebieten, für die soziales Alltagsleben und damit Interaktion und Interpersonalität zentrale Themen sind, gewonnen wurden. Die moderne psychoanalytisch-interaktionelle Methode wird als Einzel- und als Gruppentherapie im ambulanten wie im stationären Bereich eingesetzt.

Zur Entwicklung der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie

Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode hat ihre Entwicklung vom Krankenhaus Tiefenbrunn aus genommen, einer im Jahr 1903 gegründeten psychiatrischen Klinik mit psychotherapeutischem Schwerpunkt. Die Klinik Tiefenbrunn hatte von 1949 an die Aufgabe, komplementär zu den psychiatrischen Landeskrankenhäusern in Niedersachsen die *psychotherapeutische* Versorgung von Patienten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter zu übernehmen, die psychiatrisch krank waren, die mit den in der damaligen

Psychiatrie zur Verfügung stehenden Mitteln jedoch nicht ausreichend behandelt werden konnten und für deren therapeutische Versorgung psychotherapeutische Mittel erst entwickelt und erprobt werden mussten. Weder waren die traditionellen psychiatrischen Kliniken für diese Aufgabe eingerichtet, noch standen für diese Patientenklientel geeignete psychotherapeutische Methoden schon zur Verfügung. Zwar hat es Mitte des vorigen Jahrhunderts vereinzelte Versuche gegeben, Patienten, deren Störungen sich hinter Diagnosen wie Psychopathie, Soziopathie oder abnorme Persönlichkeit verbargen, psychoanalytisch zu behandeln, dennoch war die Behandlung psychiatrisch kranker Patienten mit psychotherapeutischen Mitteln ein zu dieser Zeit noch weitgehend unbearbeitetes Gebiet. Um für diese Aufgabe nutzbringend eingesetzt werden zu können, mussten Konzepte und therapeutische Techniken, die mit der Psychoanalyse – die Mitte des vorigen Jahrhunderts einzige entwickelte Therapiemethode – verbunden waren, an die spezifischen Anforderungen, die der therapeutische Umgang mit dieser schwer gestörten psychiatrischen Patientenklientel stellte, deren Beeinträchtigungen sich überwiegend als interpersonelle Störungen zeigen, angepasst und zu diesem Zweck teilweise weitgehend verändert werden. Das wiederum stieß auf beiden Seiten auf skeptische Zurückhaltung, wenn nicht Ablehnung, bei Psychiatern ebenso wie bei Psychoanalytikern. Viele Psychiater standen der Psychoanalyse ablehnend, gelegentlich sogar feindselig gegenüber und widersetzten sich jeglichen Bemühungen, psychoanalytische Erkenntnisse für die Behandlung ihrer Patienten zu nutzen. Auf der anderen Seite betrachteten einflussreiche Vertreter der Psychoanalyse sämtliche 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 drohte. Aus ihrer Sicht hatte sich die Psychoanalyse um die Erforschung des Unbewussten zu kümmern; therapeutische Aufgaben wurden demgegenüber als sekundär betrachtet und dem Aufgabenspektrum von *Psychotherapie* zugerechnet, nicht dem der *Psychoanalyse*. »Angewandte Psychoanalyse« – so die Bezeichnung, die Psychoanalytiker, die die klinische Versorgung psychisch schwer beeinträchtigter Patienten als ihre Aufgabe ansahen, für ihr Aufgabenfeld verwendeten – galt manchen Reprä-

sentanten der Psychoanalyse oftmals als verdächtig (vgl. Mentzos, 2006).

Die ebenso schwierige wie anspruchsvolle Aufgabe, von psychoanalytischen Erfahrungen und Erkenntnissen in einer Weise Gebrauch zu machen, dass auch in ihrer Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigte, psychiatrisch kranke Patienten davon würden profitieren können, brachte Heigl und Heigl-Evers (1983) in den 1970er Jahren in der Klinik Tiefenbrunn dazu, eine an der Psychoanalyse orientierte Gruppentherapie zu entwickeln, die für die Behandlung von Patienten mit sogenannten strukturellen Störungen günstige Entwicklungsbedingungen bot.

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 et al., 2006) und das Mentalization Based Treatment (MBT; Bateman und Fonagy, 2004; Bolm, 2009), beide speziell für die Behandlung von Patienten mit Borderline-Störungen entwickelt. 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 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 Interpretationen ihres Verhaltens nicht verfügbar gemacht werden können. Das therapeutische Vorgehen konzentriert sich bei der übertragungsfokussierten Psychotherapie auf die Deutung unbewusster Repräsentanzen, die sich in Übertragung und Gegenübertragung manifestieren. Klärungen, Konfrontationen und Interpretationen sollen die Integration von Affekten und Handlungen ermöglichen. Dabei wird angenommen, dass die Patienten in der Lage sind, von Interpretationen unbewusster Determinanten ihres Erlebens und Verhaltens nützlichen Gebrauch machen zu können. Dementsprechend ist auch die Haltung des Therapeuten in der übertragungsfokussierten Psychotherapie der des Psychoanalytikers insoweit ähnlich, als sie von technischer Neutralität bestimmt ist. Ihrem Selbstverständnis nach werden supportive Elemente wie Empfehlungen, Ratschläge oder Erläuterungen in der übertragungsfokussierten Psychotherapie nicht eingesetzt.

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, die wiederum in erster Linie als Folge intensiver Verlassenheitsangst aufgefasst wird. Das bei Borderline-Patienten häufige selbstverletzende Verhalten wird als Ausdruck des Versuches verstanden, der psychischen 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 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 bzw. psychoanalytisches Verständnis psychischen und psychopathologischen Erlebens und Verhaltens zugrunde, allerdings ergänzt durch Einbeziehung der sozialen All-

tagswelt des Patienten und unter Fokussierung auf interpersonelle Beziehungen der strukturell gestörten Patienten. Die therapeutische Arbeitsweise unterscheidet sich deutlich von der therapeutischen Arbeitsweise der Psychoanalyse und der übertragungsfokussierten Psychotherapie. Das kommt nicht nur in dem entschiedenen Verzicht auf Interpretationen des unbewussten Verhaltens der Patienten zum Ausdruck, sondern vor allem in der progressionsorientierten Fokussierung der therapeutischen Arbeit auf die soziale Lebenswelt der Patienten und auf die Entwicklung von Fähigkeiten, interpersonelle Beziehungen zu verstehen und zu gestalten und sich in der sozialen Welt ausreichend sicher zu verankern. Dazu benötigt der Psychotherapeut neben theoretischen und klinischen Kenntnissen ein differenziertes Verständnis von zwischenmenschlicher Interaktion und des sozialen Alltagslebens (vgl. Streck, 2007).

Strukturelle Störungen

Strukturelle Störungen sind Störungen der Persönlichkeitsentwicklung. In der Psychiatrie wird die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung dann gestellt, »wenn durch den Ausprägungsgrad und/oder die besondere Konstellation von psychopathologisch relevanten Merkmalen (Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Wollen, *Beziehungsgestaltung*) erhebliche subjektive Beschwerden und/oder nachhaltige Beeinträchtigungen der sozialen Anpassung entstehen« (Sass, 2000; Hervorh. v. Verf.). Das internationale Klassifikationssystem der Krankheiten (ICD) knüpft die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung an die Bedingung, dass die betroffene Person »gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und *in den Beziehungen zu anderen*« zeigt (Hervorh. v. Verf.). Ähnlich fordert das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) für Persönlichkeitsstörungen, dass zwei der vier Bereiche Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und *zwischenmenschliche Beziehungen* ein überdauerndes, von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweichendes Muster von innerem Erleben und Verhalten zeigen. In allen drei Definitionen sind Beeinträchtigungen von interpersonellen Beziehungen zwar ein mögliches, aber kein obligates Merkmal von Persönlichkeitsstörungen; die soziale Lebenswelt muss demnach *nicht notwendigerweise* beeinträchtigt sein, damit die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden kann. Im klinischen Alltag zeigen sich schwerere Persönlichkeitsstörungen bzw. strukturelle Störungen allerdings *so gut wie immer und oftmals in erster Linie* als interpersonelle Störungen. Dort sind strukturelle Störungen, bei denen die Beziehungen zu anderen nicht erheblich belastet und beeinträchtigt sind, eine seltene Ausnahme.

Wie häufig und in welchem Maß das soziale Leben bei Persönlichkeitsstörungen beeinträchtigt ist, lässt sich bereits daran erkennen, dass ein großer Teil der Kriterien, die erfüllt sein müssen, um eine der Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung zu stellen, sowohl in der ICD-10 als auch im DSM-IV sich nicht nur auf psychologische Merkmale, sondern auch auf interpersonelle Verhältnisse bezieht.

Attribute wie »tiefgreifendes Muster von Misstrauen und Argwohn gegenüber anderen, so dass deren Motive als böswillig ausgelegt werden«, »ist lange nachtragend, d. h. verzeiht Kränkungen, Verletzungen oder Herabsetzungen nicht« oder »verdächtigt wiederholt ohne jede Berechtigung den Ehe- oder Sexualpartner der Untreue«, die für die paranoide Persönlichkeitsstörung im DSM-IV genannt werden, oder ein »tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen« und ein »verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder erwartetes Verlassenwerden zu vermeiden« als Kennzeichen der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind keine Eigenschaften, die ausschließlich *in* einer Person verankert sind, sondern sind Verhaltensweisen, die auf interpersonelle Verhältnisse, auf einen sozialen Kontext und damit auf das Verhalten *zwischen* Personen verweisen.

Die zwischenmenschliche Welt ist bei Patienten mit strukturellen Störungen davon geprägt, dass Beziehungen, die auf wechselseitiger Anerkennung gründen, nicht gelingen; die Beziehungen sind häufig instabil und scheitern oft schon nach kurzer Zeit. Andere sind unflexibel und folgen immer wieder den gleichen starren, manchmal destruktiven Mustern. Nicht wenige Patienten meiden soziale Kontakte weitgehend und leben zurückgezogen, leiden aber daran, dass es ihnen nicht gelingt, in halbwegs befriedigender Weise am sozialen Alltagsleben teilzunehmen. Vor diesem Hintergrund wurden Persönlichkeitsstörungen auch »Störungen des Sozialen« genannt (z. B. Möller et al., 1996). Dabei manifestieren sich nicht nur die als dramatisch, emotional und launisch beschriebenen, zu Affektualisierung und Impulsivität neigenden Beeinträchtigungen von Patienten mit histrionischer, narzisstischer, antisozialer oder Borderline-Persönlichkeitsstörung (sog. Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV) als »Störungen des Sozialen«, sondern auch die als exzentrisch, affektarm und misstrauisch geltenden Störungen von Patienten mit paranoider, schizoider und schizotypischer Persönlichkeitsstörung (sog. Cluster-A-Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV), die häufig zurückgezogen leben und anderen Menschen so weit wie irgend möglich aus dem Weg gehen.

Als Folge vernachlässigender und traumatisierender Beziehungserfahrungen in der Entwicklung stehen Patienten mit strukturellen Störungen grundlegende Funktionen der Beziehungs- und der Selbstregulierung zur Ausübung nicht oder nur eingeschränkt zur

Verfügung (Fürstenau, 1977; Heigl-Evers und Heigl, 1983; Rudolf, 2004). Das Selbstwertgefühl der Patienten ist chronisch instabil und geht häufig mit Gefühlen von Leere und Sinnlosigkeit, Grandiosität oder Wertlosigkeit einher. Um sich ausreichend wichtig fühlen zu können, verlangen die Patienten von anderen übermäßige Aufmerksamkeit und Beachtung. Sie benötigen andere Personen zur Aufrechterhaltung selbstregulativer Funktionen wie die Regulierung des Selbstwertgefühls, des Reizschutzes oder des Identitätsgefühles. Heftigere Gefühle und Impulse, insbesondere aggressive und destruktive Gefühle, können sie oftmals nur schwer aushalten. Andere Patienten müssen »weiche« Gefühle vom Erleben fernhalten, weil sie sich damit in unzuträglicher Weise schwach, bedürftig, abhängig und auf andere Menschen angewiesen fühlen. Als schlecht und böse erlebte Eigenschaften werden häufig auf die Außenwelt projiziert (Externalisierung sogenannter böser und verfolgender innerer Objekte). Viele Patienten haben sich von ihrer Umgebung weitgehend abgeschirmt und nehmen ihre soziale Umwelt wie aus der Ferne wahr, so dass beim Gegenüber leicht der Eindruck entsteht, die Patienten nicht wirklich zu erreichen und nicht in der Lage zu sein, eine emotionale Verbindung zu ihnen herzustellen. Andere Patienten haben kein Gefühl für die Wirkung ihres Verhaltens auf ihr Gegenüber und verstehen nicht, warum ihre Beziehungen so instabil sind.

Patienten mit strukturellen Störungen gehen häufig davon aus, dass andere Menschen so wie sie selbst funktionieren (partielle Fixierung auf den kognitiven Modus psychischer Äquivalenz; Fonagy et al., 2004). Auch wenn sie wissen, dass es unterschiedliche psychische Realitäten gibt und andere Menschen die Welt aus ihrer je eigenen Perspektive wahrnehmen, gelingt es ihnen nicht, die Perspektive der anderen zu übernehmen und sich und ihre Beziehungswelt aus der Sicht ihres Gegenübers zu betrachten. Entsprechend unbestimmt und verschwommen ist häufig das Bild, das sich die Patienten von anderen Menschen machen. Aufgefordert, für sie wichtige andere Menschen zu beschreiben, nennen manche Patienten ausschließlich sichtbare Merkmale, als seien andere ihnen nur von außen zugänglich, nicht jedoch als Wesen, die aus ihrer je eigenen Subjektivität heraus handeln. Einzelheiten werden oftmals für das Ganze genommen. Die andere Person ist nur so lange wichtig, wie sie physisch anwesend ist und sich in Übereinstimmung mit eigenen Bedürfnissen verhält und solange deren Eigenschaften noch ausreichend