

1 Grundlagen

1.1 Persönlichkeitsstörungen aus psychiatrischer Perspektive

Wir beginnen mit einem Rückblick in die Psychiatrie-Geschichte. Dabei können wir lernen, wie die anfänglichen Themensetzungen die Wahrnehmung der Störungsbilder bis heute beherrschen, aber auch, wieviel Mühe bei deutlich geringeren Forschungsmöglichkeiten sich Fachleute schon vor über 100 Jahren gemacht haben, in der Hoffnung, diese Art von Störung zu beschreiben, zu verstehen und zu erklären. Seit Beginn der psychiatrischen Klassifikationen gab es immer Versuche, diejenigen Menschen in psychiatrischen Kategorien zu fassen, die wunderlich und absonderlich, wesensgeändert, anstrengend oder bemitleidenswert bis hin zu reizbar und sozial unverträglich erlebt wurden, verbunden mit therapeutischen Überlegungen, häufig auch erzieherischer Art.

Beim Münchener Psychiater Emil Kraepelin, einem der Väter der psychiatrischen Klassifikationen, liest sich das im Kapitel »XVI. Die psychopathischen Persönlichkeiten« so (Kraepelin 1915, S. 1972 f.):

»Die unsichere und schwankende Umgrenzung des Begriffes der Entartung bringt es mit sich, dass wir bei denjenigen Formen des Irreseins, die aus krankhafter Veranlagung hervorgehen, auf ein breites Zwischengebiet zwischen ausgesprochen krankhaften Zuständen und jenen persönlichen Eigentümlichkeiten stoßen, die wir noch dem Bereich des Gesunden zuweisen. Würden wir in strengstem Sinne alle diejenigen angeborenen Eigenschaften als Ausfluss der Entartung betrachten, die der Erreichung allgemeiner Lebenszwecke hinderlich sind, so würden wir deren Spuren nirgends vermissen. Die Bedeutung des Krankhaften können wir aber den persönlichen Abweichungen von der vorgezeichneten Entwicklungsrichtung erst dann zuschreiben, wenn sie eine erhebliche Bedeutung für das körperliche oder psychische Leben gewinnen; die Abgrenzung ist also eine rein gradweise und deswegen in gewissem Spielraum willkürliche. [...] Wir sind heute geneigt, den Maßstab der psychiatrischen Beurteilung an eine Reihe von Menschengruppen zu legen, die man früher unter wesentlich anderen Gesichtspunkten zu betrachten gewöhnt war. Es handelt sich dabei gewissermaßen um psychische Missbildungen, deren Krankhaftigkeit nicht aus der Veränderung gegen frühere, gesunde Zeiten, sondern nur aus ihrer allgemeinen Abweichung von der Gesundheitsbreite erkennbar ist. [...] Wie schon heute die Psychiatrie in vielen Erscheinungen des gesunden Lebens den Schlüssel zum Verständnis krankhafter Störungen findet, so würde umgekehrt unsere Kenntnis des Menschen eine außerordentliche Vertiefung erfahren, wenn wir die feinen Wurzeln des Krankhaften in der Einzelpersönlichkeit überall klarzulegen vermöchten.«

Bemerkenswert an diesem Zitat sind mehrere Stellen: Zunächst, dass es um Menschen geht, die bei der »Erreichung allgemeiner Lebensziele« behindert wirken;

dann, dass die Abgrenzung »gradweise« oder »willkürlich« stattfindet; schließlich, dass die Beurteilung zeitlichen Veränderungen unterliegt. Außerdem nimmt Kraepelin an, dass ein vertieftes Verständnis der »Abweichungen« für die Menschenkenntnis bedeutsam sein könnte.

Weiter heißt es in seinem Lehrbuch:

»Die Gruppierung der psychopathischen Persönlichkeiten [...] stößt auf die allergrößten Schwierigkeiten. Die Mischungen von gesunden und krankhaften Zügen aller Arten und Abstufungen bieten eine noch weit größere Mannigfaltigkeit als schon die gesunden Persönlichkeiten. Überdies ist von schärferen Abgrenzungen keine Rede. Irgendwie kennzeichnende Krankheitserscheinungen gibt es nirgends. Alle die verschiedenen Einzelstörungen finden sich immer wieder, nur hier stärker, dort schwächer ausgeprägt. Somit handelt es sich zumeist lediglich um Verschiebungen im gegenseitigen Verhältnisse der gleichen Krankheitserscheinungen, von denen bald diese, bald jene im klinischen Bilde stärker hervortritt. [...] Für die [von Kraepelin getroffene] Auswahl maßgebend ist dabei lediglich ihre psychiatrische Wichtigkeit. Nur solche Formen sollen berücksichtigt werden, die tatsächlich mit einer gewissen Häufigkeit der irrenärztlichen Beurteilung zugeführt werden, während zahlreiche andere, [...] nicht minder interessante [...] vernachlässigt werden, so die Wirrköpfe, die Ästheten, die Schwärmer und Fanatiker, die Überspannten und viele andere.« (S. 1978f.)

Was wir hier finden, sind folgende heute noch gültigen Aspekte bei der Betrachtung von Persönlichkeitsstörungen, die ich entlang des zitierten Textes herausarbeite:

- a) Die Probleme, Schweregrade bzw. Abgrenzungen zum sog. Gesunden zu definieren;
- b) die Bewertung des Leidens danach, wie sehr sich daraus eine klinisch relevante Bedeutung als Abweichung von einer angenommenen Entwicklungsrichtung ergibt;
- c) die Veränderung des psychiatrischen Bewertungsmaßstabs über die Zeit (wohl am ehesten als Ausdruck sich ändernder gesellschaftlicher Umstände);
- d) das breite Spektrum an »Krankheitserscheinungen« in ganz unterschiedlicher Kombination und Abstufung, somit auch eine gewisse Unschärfe in der Unterscheidung;
- e) und letztlich die Auswahl von Störungsbildern nach der Häufigkeit des Auftretens im klinischen Setting.

Kraepelin beschreibt in seiner Klassifikation die Gruppen der Erregbaren, der Haltlosen, der Triebmenschen, die Verschrobenen, die Lügner und Schwindler, die Gesellschaftsfeinde (Antisozialen) und die Streitsüchtigen. Auch wenn die verwendeten Begriffe heute teilweise befremdlich wirken – allerdings auf beiden Seiten (!): der »Wirrkopf« und der »Ästhet«, aber eben auch der »Irrenarzt« –, ist doch gleichzeitig bemerkenswert, dass sich einige Grundkonstanten der Persönlichkeiten nicht geändert haben.

Lange Zeit prägend im deutschen Sprachraum für den Bereich der Psychopathien (oder heute Persönlichkeitsstörungen) waren die Schriften des Heidelberger Psychiaters Kurt Schneider (Schneider 1946). Seine Definition, wonach *psychopathische Persönlichkeiten* an ihrer eigenen Abnormität leiden oder die Gesellschaft

an ihnen, geht ebenfalls von einer angenommenen, aber nicht näher beschriebenen Gesundheitsbreite (Kraepelin) von Persönlichkeiten aus, und beschreibt anhand von klinischen und symptomatischen Merkmalen die klinischen Untertypen. Schneider nennt sein Vorgehen »systemlos«: dies mache seine Typenlehre ebenso »bescheiden« wie »unangreifbar« (Schneider 1946, S. 41). Er betont: »Typen sind erste und im Hinblick auf das Individuelle stets grobe Orientierungspunkte von grundsätzlicher Einseitigkeit.« (Schneider 1946, S. 43). Wegen seiner prägenden Wirkung wird seine psychopathologische Typologie mit einer Zusammenfassung seiner Beschreibungen und weiteren Angaben hier ausführlich tabellarisch referiert (► Tab. 1.1).

Tab. 1.1: Psychopathologische Typologie bei K. Schneider (modifiziert nach Schneider 1946)

Psychopathische Kategorie	Klinische Beschreibung	Sonstiges
Hyperthym	<ul style="list-style-type: none"> Heitere Grundstimmung Sanguinisches Temperament Aktivität i. S. v. Betriebsamkeit Vier Untertypen: aufgereggt – streitsüchtig – hältlos – pseudologisch Therapie: wohlwollend-energische Führung 	<ul style="list-style-type: none"> Überwiegend Männer? Ruhiger im Alter Psychiatrische Komorbidität: u. a. Bipolare Störungen, Alkoholismus, Minderbegabung
Depressiv	<ul style="list-style-type: none"> Pessimistische Lebensauffassung Beständiges Grübeln, Befürchtungen, Zweifel Im Ausdruck zurückhaltend (»Maske«) oder evtl. »Angst-Manie« Drei Untertypen: schwermüdig – missmutig – paranoidisch Therapie: Stützend, Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> Überwiegend Männer? Psychiatrische Komorbidität: andere Psychopathien Sozial überwiegend angepasst
Selbstunsicher	<ul style="list-style-type: none"> Zwei Dimensionen: <ul style="list-style-type: none"> Sensitivität (Unsicherheit): erhöhte Eindrucksfähigkeit für Erlebnisse und Unmöglichkeit der Entladung Zwang: vorherrschende Bewusstseinsinhalte, unsinnig, nicht zu verdrängen Im Ausdruck unsicher, sorgsam-pedantisch, verschroben Therapie: stützend, Anlernen zum Beherrschen der Zwänge 	<ul style="list-style-type: none"> Evtl. sexualethische Konflikte i. S. e. sexuellen Hemmung Evtl. paranoide Entwicklung Öfter bei sozial Aufstreben-den Psychiatrische Komorbidität: andere Psychopathien, schizophrene Psychosen
Fanatisch	<ul style="list-style-type: none"> Beschäftigung mit vorherrschenden Gedanken (Komplexen), die sthenisch verfolgt oder verbreitet werden 	<ul style="list-style-type: none"> Überwiegend Männer Psychiatrische Komorbidität: andere Psychopathien, affek-

Tab. 1.1: Psychopathologische Typologie bei K. Schneider (modifiziert nach Schneider 1946) – Fortsetzung

Psychopathische Kategorie	Klinische Beschreibung	Sonstiges
	<ul style="list-style-type: none"> • Zwei Untertypen: Kampf- und »matte« Fanatiker • Therapie: nicht bekannt, außer: »Für den Querulanten ist das Schreiben, nicht die Antwort das Wichtigste« 	<ul style="list-style-type: none"> • tive Störungen, schizophrene Psychosen • Matte Fanatiker: z. B. Kriegsdienstverweigerer
Geltungsbedürftig	<ul style="list-style-type: none"> • Sog. hysterischer Charakter: »mehr zu scheinen als man ist« • Drei Untertypen: exzentrisch – renommistisch (prahlend) – pseudologisch • Hochstapler: überzeugender Ausdruck und Erscheinung • Therapie: forensische Bedeutung; »für jede Behandlung ungeeignet« 	<ul style="list-style-type: none"> • 75 % Männer (Kraepelin) • Eitelkeit • Pseudologie: »Zwitter von Lüge und Selbstbetrug« • Psychiatrische Komorbidität: andere Psychopathien
Stimmungslabil	<ul style="list-style-type: none"> • Periodische depressiv-mürrisch-gereizte Reaktionen • Unstet • Drei Untertypen: Wanderer, periodische Trinker, Stehlsüchtige • Therapie: Behandlungsanlässe meist durch kriminelle Handlungen; »aus dem Wege gehen« 	<ul style="list-style-type: none"> • Seltener Frauen (Kraepelin) • Psychiatrische Komorbidität: andere Psychopathien, Alkoholismus • Folgen: Straftaten, Fahnenflucht
Explosibel	<ul style="list-style-type: none"> • Nach außen gerichtete Erregbarkeit, Impulsivität: »Hitzköpfe« • Neigung zu Kurzschlussreaktionen (auch Suizid) • Therapie: zur Selbsterziehung anleiten 	<ul style="list-style-type: none"> • 60 % Frauen, überwiegend unter 50 Jahren, 1/3 der Psychopathen der Klinik (Kraepelin) • Psychiatrische Komorbidität: andere Psychopathien, Intelligenzminderung? Alkoholismus, nach Kopfverletzungen • Familiäre Konflikte, Affektverbrechen
Gemütlos	<ul style="list-style-type: none"> • Stumpfheit: ohne Mitleid, Scham, Ehrgefühl, Reue, Gewissen: »moralische Anästhesie« • »Gesellschaftsfeinde«, »Antisoziale« (Kraepelin) • Therapie: »unverbesserlich«, evtl. Verwahrung 	<ul style="list-style-type: none"> • Klinisch überwiegend Männer • Intelligenzminderung umstritten • Psychiatrische Komorbidität: andere Psychopathien, Hirntrauma, DD Hebephrene Psychose
Willenlos		<ul style="list-style-type: none"> • »Haltlos« (Kraepelin)

Tab. 1.1: Psychopathologische Typologie bei K. Schneider (modifiziert nach Schneider 1946) – Fortsetzung

Psychopathische Kategorie	Klinische Beschreibung	Sonstiges
	<ul style="list-style-type: none"> • Widerstandslos gegen alle Einflüsse: »knetbares Wesen«, trauen sich nicht ins Leben hinaus, Anstiftung zur Kriminalität möglich • Therapie: Schutz vor negativen Einflüssen, Reifung möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Junge Erwachsene • Intelligenzminderung • Psychiatrische Komorbidität: andere Psychopathien, Alkoholismus
Asthenisch	<ul style="list-style-type: none"> • »Nervöss«: <ul style="list-style-type: none"> – Zwei Untertypen: Körperlich gestörte Asthenische (leicht versagend, erschöpft – Angst vor Krankheit), Seelisch Asthenische (dem eigenen Erleben entfremdet, verunsichert) • Therapie: Verordnung von Placebo-Medikation, Erziehung zur Selbstbeherrschung 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Selbstbeobachtung • Somato-psychische Funktionsstörungen • Psychiatrische Komorbidität: andere Psychopathien, Medikamentenabhängigkeit, nach schwerer körperlicher Erkrankung • Belastung der Wohlfahrtseinrichtungen

Beeindruckend an diesen Beschreibungen ist die enorme Differenziertheit der Symptomschilderungen und das geradezu unermüdliche Wiederholen vieler symptomatischer Verästelungen. Wir finden in den Beschreibungen Symptome und Beschwerden, die im heutigen Klassifikationssystem Platz gefunden haben, wenn auch z. T. in anderer Zuordnung. Insofern hat das »Systemlose« von Schneiders Ansatz bis in die Moderne. Das inzwischen veränderte Verständnis grundlegender Dimensionen der Persönlichkeit sowie die Einbeziehung psychodynamischer Perspektiven wird daher die bisherige Systemlosigkeit grundlegend überwinden. Befremdlich ist allerdings bei Schneider seine erhebliche therapeutische Skepsis: bei vier Unterformen, den Fanatischen, den Geltungsbedürftigen, den Stimmungslabilen und den Gemütlosen wird jede Verbesserungsmöglichkeit in Abrede gestellt. Bei den anderen wird überwiegend auf Möglichkeiten hingewiesen, zu stützen, zu schützen oder zu erziehen. Nur bei den Selbstunsicheren wird erwähnt, dass man einzelne Zwangssymptome durch Hypnose heilen kann und dass eine Psychoanalyse durch Ungeübte »auf alle Fälle zu schaden scheint«, denn: »Freud selbst berichtet wenig optimistisch« (Schneider 1946, S. 78).

In der Tradition Schneiders erschien 1966 eine Langzeit-Katamnese von Patienten, die zwischen 1928 bis 1941 unter einer Psychopathie-Diagnose an der Tübinger Universitätsklinik aufgenommen worden waren (Tölle 1966). Von 539 Patienten (359 Männer und 180 Frauen, 67 vs. 33 %) konnten noch 115 ausfindig und nachuntersucht werden, 152 (28 %, 79 % Männer und 21 % Frauen) waren verstorben. Der Katamnese-Zeitraum bei den Untersuchten betrug durchschnittlich 28 Jahre. Auf methodische Fragen soll hier nicht eingegangen

werden, da vor allem der klinische Bezug interessiert. Tölle stellt in seiner Katamnese einerseits die Verläufe getrennt nach den psychopathischen Typen im Sinne Schneiders dar. Andererseits orientierte er sich zusätzlich an einer dynamischen Betrachtungsweise in Anlehnung an die Anthropologische Psychiatrie (Peters 1990, S. 408). Dabei interessierten ihn Formen der sogenannten Daseinsbewältigung im Lebensweg. Damit konnte er berichten (Tölle 1966, S. 74 f.), dass Geltungsbedürftige sich in ihrem Leben v. a. »arrangierten«, und dass asthenische und selbstunsichere Persönlichkeiten je nach Unterstützung und Lebensumständen »erhebliche Anforderungen« bewältigen konnten. Für bestimmte Persönlichkeits-Typen seien bestimmte Problembereiche charakteristisch geblieben: Depressive hatten Probleme mit den Eltern, Selbstunsichere berichteten v. a. von beruflichen Konflikten, Asthenische kränkelten, Haltlose, sensitiv Selbstunsichere und Hyperthyme litten unter Beziehungsproblemen und Geltungsbedürftige hatten Kommunikationsprobleme, vermutlich durch ihr »unechtes« Verhalten. Tölle konnte ein Auftreten von Krisen als Folge der unzulänglich gefestigten Persönlichkeitsstruktur herausarbeiten, fand aber keine Persönlichkeits-typischen Krisenbezogenen Reaktionsmuster. Im Laufe des Lebens aber seien die Krisen seltener geworden und zwei Drittel der Untersuchten hätte »im Rahmen ihrer Möglichkeiten eine sinnerfüllte oder wenigstens erträgliche Daseinsform« gefunden. Tölle benannte in diesem Zusammenhang auch einige Formen der sogenannten »kleinen Psychotherapie« und widerlegte so Schneiders therapeutischen Pessimismus.

Eine bemerkenswerte Langzeit-Katamnese für Patienten mit Borderline-Störungen hat der amerikanische Psychiater und Psychotherapeut vorgelegt (Stone 1990, ► Tab. 1.2). Er konnte 502 von 550 (91 %) Patienten untersuchen, die zwischen 1963 und 1976 auf einer Spezialstation der psychiatrischen Klinik des Staates New York behandelt worden waren, die allgemein als »letzte Behandlungsmöglichkeit« für diese Patienten angesehen wurde. Die Nachuntersuchungen erfolgten überwiegend Jahrzehnte nach der Indexbehandlung. Das Setting der Klinik war eine intensive psychoanalytische stationäre Langzeittherapie mit mehrmonatigen Behandlungen, als Teil der fachärztlichen Weiterbildung von Assistentinnen, verbunden mit regelmäßiger Supervision durch sehr erfahrene Psychiater und Psychoanalytiker. Alle Patienten wurden nachuntersucht, indem zunächst die Krankengeschichte (inklusive der z. T. aufgezeichneten Erstinterviews) hinsichtlich der inzwischen eingeführten DSM-III-Klassifikation kritisch überprüft wurde. Anschließend wurden die Patienten entweder aufgesucht oder telefonisch befragt mit einem semi-strukturierten Interview, das die weitere Anamnese, berufliche und private Daten erfasste. Die Patienten waren bei Aufnahme zwischen 13 und 39 Jahre alt, der Anteil der Adoleszenten unter 18 Jahren betrug 143 (26 %), über 90 % waren alleinstehend.

Im Ergebnis zeigt Stone, dass sich etwa die Hälfte (248 von 502 Patienten, 49 %) der Patienten im Verlauf der Nachuntersuchung erholt. 9 % nehmen sich das Leben, 28 % bleiben sehr symptomatisch. Die Zahl der Suizide ist bei den Patienten mit psychotischen Störungen mit N=31 höher als bei den Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (N=19; 62 zu 38 %). Bei den gebesserten Patienten sind dagegen die Patienten mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber den Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis überrepräsentiert

(N=182 von 299 (61 %) vs. N=66 von 238 (27 %)). Somit ist der Outcome der Persönlichkeits-gestörten Patienten prima vista günstiger.

Tab. 1.2: Studie PI-500: Übersicht über die Diagnosen (modifiziert nach Stone 1990)

Diagnostische Kategorie	Anzahl Patienten	Anzahl Frauen	Anzahl Männer
Gesamt	550	289 (53 %)	261 (47 %)
Borderline -Persönlichkeitsstörung	206 (37 %)	145	61
Borderline-Persönlichkeitsstörung und Affektive Störung	36 (7 %)	14	22
Borderline -Persönlichkeitsorganisation (~ niedriges Struktur-Niveau der OPD) i. R. v. Essstörung, Alkohol-Abhängigkeit oder anderen Persönlichkeitsstörungen	57 (10 %)	22	35
Gesamt Persönlichkeitsstörungen	54 %	(33 %)	(21 %)
Schizophrene Psychosen	99 (18 %)	60	39
Schizoaffektive Psychosen	64 (12 %)	41	23
Bipolare Psychosen	39 (7 %)	15	24
Schizophrene Reaktion	36 (6 %)	9	27
Gesamter psychotischer Formenkreis	43 %	(23 %)	(21 %)
Andere	13 (2 %)	4	9

Stone hat in dieser Studie eine beeindruckende Zahl von Dimensionen und Einflussvariablen überprüft, wie die Bildung von Subgruppen mit unterschiedlichem Verlauf und Prognose, Auffälligkeiten in der Familienanamnese, die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen, geschlechtsspezifische Unterschiede, der Einfluss von Sucht, der Effekt starker vs. schwacher Therapeuten u. a. m. Ein sehr wichtiges Ergebnis war, dass jede Form von Suchtmittel-Abhängigkeit die Prognose grundlegend verschlechterte. Etwas irritierend war dagegen, dass es weder bei den psychotischen noch bei den Persönlichkeits-gestörten Patienten einen signifikanten Hinweis dafür gab, dass ein als fachlich kompetent eingeschätzter Therapeut tatsächlich auch gute Behandlungserfolge erzielt, bezogen auf die Besserung während des Katamnese-Zeitraums. Ebenso wenig konnte er Unterschiede im Erfolg durch stützende gegenüber mehr konfrontierenden therapeutischen Herangehensweisen feststellen. Stone vermutet, dass der Einfluss weiterer Variablen aus dem Setting und den Lebensbedingungen der Patienten zu groß ist. Allerdings hatte seine Untersuchung ein naturalistisches Studiendesign und war keine randomisierte kontrollierte Therapie-Studie.

1.2 Persönlichkeitsstörungen aus psychotherapeutischer Perspektive

1.2.1 Psychodynamische Perspektive

Die psychotherapeutische Auseinandersetzung mit Störungen der Persönlichkeit beginnt in der Psychoanalyse. Verhaltenstherapeutische Konzepte folgten später. In der Psychoanalyse ist der Begriff der Persönlichkeitsstörung mit dem Begriff der psychischen Struktur verbunden. Hierunter wird seit S. Freud eine Art seelischer Apparat verstanden, durch den die Psyche konzeptionell organisiert und einer systematischen Untersuchung zugänglich wird. Dabei wird der seelischen Struktur etwas eher Beständiges, wenig Veränderbares zugeschrieben, während die intrapsychischen Motivationen (Tribe) und Konflikte als dynamisch und veränderbar angesehen werden. Aus der psychischen Struktur wird letztlich auf den Charakter abgehoben. Dieser soll im Laufe der psychischen Entwicklung zu Autonomie, zur Fähigkeit, Triebe und innere Konflikte zu bewältigen und zur Anpassungsfähigkeit an die Außenwelt gelangen. Damit sind die so genannten Ich-Funktionen gemeint, zu denen die Regulation nach innen, die Adaptation nach außen und die Selbstorganisation des Ichs gezählt werden. Diese Funktionen werden auch als strukturelle Fertigkeiten oder Skills bezeichnet. Sie ermöglichen folgende wesentliche Kompetenzen:

- a) Intentionalität i. S. v. gerichtetem und beabsichtigtem Handeln,
- b) Beziehungsfähigkeit zu anderen i. S. v. Aufnahme, Gestaltung und Aufrechterhaltung,
- c) Reflexivität i. S. v. angemessenem Bezug zu sich selbst.

Der Schweregrad der Beeinträchtigung wird als Ich-Schwäche beschrieben, das gesunde Pendant ist die Ich-Stärke. Beeinträchtigung dieser Fähigkeiten gelten als Kernprobleme der Persönlichkeitsstörungen, zum Beispiel in Form mangelnder Impulskontrolle, problematischer Affektregulation, konflikthaften Beziehungsmustern oder instabilem Selbstbild. Strukturelle Störungen gelten als Grundlage für die vielfältigen intrapsychischen und zwischenmenschlichen Probleme dieser Patientengruppe.

Die strukturellen Störungen bedingen auch, dass diesen Patienten durch klassische psychoanalytische Behandlungsansätze weniger erfolgreich geholfen werden kann. Einerseits erweisen sich bei ihnen die Einsichtsfähigkeit und die angemessene Auseinandersetzung mit den eigenen seelischen Schwierigkeiten als nur bedingt möglich. Andererseits belastet oder bedroht die Art und Weise, wie auf therapeutische Interventionen der traditionellen Psychoanalyse mit ihrem Fokus auf eine Bearbeitung neurotischer Konflikte reagiert wird, zumindest phasenweise den Rahmen des therapeutischen Settings.

Für das psychoanalytisch fundierte Denken in Bezug auf die Persönlichkeitsstörungen sind die Arbeiten von Melanie Klein und ihren Schülern wichtig (Kernberg 2010). Wenngleich die zu Grunde liegenden theoretischen Annahmen

umstritten und fraglos zu überprüfen sind, so helfen sie doch, die emotional wechselvollen und komplizierten Übertragungsverhältnisse in der Psychotherapie zu verstehen. Klein postuliert im Rahmen der sogenannten Objektbeziehungstheorie, dass Kleinkinder fürsorgliche wie bedrohliche Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen verinnerlichen. Nach ihrer Theorie gelingt es dem kleinen Kind bei zu großen inneren Widersprüchen wie zum Beispiel der Erfahrung von Gewalt und Fürsorge durch ein und dieselbe Person nicht, zu einer emotional ausgewogenen Sicht auf die Bezugsperson zu kommen: Gegensätzliche Erfahrungen mit bedeutsamen Bezugspersonen können demnach, wenn ihre emotionale Ladung zu polarisiert ist, nicht »integriert« werden. Dadurch bleiben die frühkindlichen, unreifen Abwehrmechanismen, die in der Regel andere zur Regulation der eigenen Frustrationen beanspruchen, als Bewältigungsstrategien in Aktion: z. B. werden unerträgliche innere Zustände nach außen, in andere, verlagert. Diese anderen werden zur Projektionsfläche der inneren Schrecken oder können nur in einer (entweder bedrohlichen oder idealisierten) Art und Weise wahrgenommen werden. Die Beschreibung dieser Abwehrmechanismen der Projektion oder Spaltung gelten als grundlegend für das Verständnis der Reaktionsweisen von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen.

Für das moderne psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Denken waren außerdem die Arbeiten von Otto F. Kernberg, einem aus Wien gebürtigen New Yorker Psychiater und Psychoanalytiker, wegweisend (Kernberg 1991, 2010). Er integrierte verschiedene Ansätze zu einem Modell der so genannten Borderline-Persönlichkeitsorganisation oder Borderline-Persönlichkeitsstruktur. Dabei bezieht sich der Begriff Borderline ausdrücklich nicht auf die ebenfalls existierende Kategorie einer Persönlichkeitsstörung nach ICD oder DSM. Vielmehr siedelt er die psychische Struktur von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen im Grenzbereich zwischen neurotischen Störungen und psychotischen Störungen beziehungsweise neurotischer und psychotischer psychischer Struktur an, so wie der Begriff auch ursprünglich gemeint gewesen war (z. B. Stern 1938). Kernberg schlägt vor, wie bei M. Klein als Grundeinheiten der psychischen Struktur verinnerlichte dreiteilig beschriebene Beziehungserfahrungen anzunehmen. Die drei miteinander verbundenen Teile sind:

- a) die spezifische innere Vorstellung der eigenen Person (Selbstrepräsentanz),
- b) die entsprechende Vorstellung der anderen Person (Objektrepräsentanz), und
- c) die Verbindung durch einen Affekt.

Viele solcher Beziehungserfahrungen führen im Lebensvollzug zur Verinnerlichung einer differenzierten Wahrnehmung von sich selbst und anderen mit verschiedenen Gestimmtheiten: wir erleben die eigene Mutter eben anders als den Bruder oder den Besuch aus der Nachbarschaft. Da dieses Erleben in unterschiedlichen sozialen Kontexten mit verschiedenen emotionalen Befindlichkeiten verknüpft ist, kommt es allmählich (über die Vielfalt der Erfahrungen mit wichtigen Anderen) zu einer umfassenden Vorstellung von der eigenen Person und von relevanten anderen Personen. Hier zeigen sich Parallelen zur Bindungstheorie (► Kap. 1.3) Damit einher geht die Einsicht in das Wesen der eigenen Persön-

lichkeit und das, was einen als Menschen ausmacht, bei einem gleichzeitig erhaltenen ausreichend wohlwollenden Bewusstsein dafür, dass das eigene Befinden wechselt kann und Schwankungen unterliegt.

Klinisch wertvoll wird der Ansatz von Kernberg durch die damit verbundene Entwicklung einer strukturellen Diagnostik, des so genannten Strukturellen Interviews, das sich sowohl psychiatrisch-phänomenologischer als auch psychodynamischer Herangehensweisen bedient (Buchheim et al. 2012). Dabei legt Kernberg Wert sowohl auf die Erfassung lebens- und alltagsrelevanter Informationen über den Patienten als auch die Untersuchung psychodynamischer Aspekte und ggf. auch erster probatorischer therapeutischer Schritte. Ihn interessieren vor allem die aus den Informationen abzuleitenden Annahmen über das Selbstbild eines Patienten (Identität), über dessen Funktionalität in Beziehungen, über den Einsatz von Abwehrmechanismen (beziehungsweise entsprechender Bewältigungsstrategien), über den Umgang mit Aggressionen sowie über die Moral- oder Wertvorstellungen sowie die Fähigkeit zur Realitätsprüfung. Durch diese Informationen, die in einem durch wenige Fragen strukturierten, bis zu anderthalbstündigen Gespräch gewonnen werden können, sieht er die Möglichkeit, wesentliche Aspekte der psychischen Struktur zu erfassen, eine Diagnose zu stellen und eine Prognose hinsichtlich der therapeutischen Möglichkeiten und Hindernisse abzugeben (Buchheim et al. 2012).

Die psychische Struktur oder Organisation auf Borderline-Niveau zeigt sich dabei üblicherweise in einem unklaren Selbstbild (Identitätsdiffusion), in konflikthaften Beziehungen, in der Verwendung unreifer Abwehrmechanismen (wie Spaltung, Projektion und Idealisierung oder Entwertung), in der Unfähigkeit, (auto-)aggressive Impulse ausreichend zu kontrollieren und in Problemen mit den eigenen moralischen Vorstellungen bei erhaltener, gelegentlich verzerrter Wahrnehmung der Realität. Andere psychoanalytische Autoren haben Ähnliches unter dem Begriff der Ich-Schwäche beschrieben. Näheres wird im Kap. 2.2.3 erläutert (► Kap. 2.2.3).

Auch die sogenannte Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) erfasst in ihrer Achse »Struktur« Ich-bezogene Funktionen. Als Ursache für strukturelle Probleme nimmt auch die OPD Entwicklungsstörungen in bestimmten Reifungs- und Integrationsschritten des seelischen Apparates an. In der Folge stehen den Betroffenen Funktionen der intrapsychischen und interpersonellen Regulation nicht sicher zur Verfügung. Diese Defizite können permanent bestehen oder im Sinne einer Vulnerabilität unter krisenhaften Umständen klinisch hervortreten. Die Struktur-Achse erfasst folgende Dimensionen:

- a) die Fähigkeit, sich selbst und andere (realistisch) wahrzunehmen, als Person, mit ihren Gefühlen und ihren wesentlichen Eigenschaften;
- b) Steuerung: Impulse und Affekte kontrollieren bzw. den Selbstwert aufrechterhalten und ebenso Beziehungen angemessen regulieren,
- c) Emotionale Kommunikation: Gefühle, Fantasien und das eigene Körperbild verstehen; empathisch (einfühlsmäßig) mit anderen interagieren;
- d) Bindung : Bindungsfähigkeit i. S. v. angemessenem Bezug auf sich und andere, genügend gute innere Bilder, Fähigkeit zur Selbstberuhigung, Fähigkeit Hilfe anzunehmen, Fähigkeit Abschied zu nehmen.