

Bateman, Anthony und Fonagy, Peter

**Komorbide dissoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörungen:
Mentalisierungsbasierte Psychotherapie**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59 (2010) 6, S. 477-495

urn:nbn:de:bsz-psydok-50041

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Komorbide dissoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörungen: Mentalisierungsbasierte Psychotherapie¹

Anthony Bateman und Peter Fonagy

Summary

Comorbid Antisocial and Borderline Personality Disorders: Mentalization-Based Treatment

Mentalization is the process by which we implicitly and explicitly interpret the actions of ourselves and others as meaningful based on intentional mental states (e.g., desires, needs, feelings, beliefs, and reasons). This process is disrupted in individuals with comorbid antisocial (ASPD) and borderline personality disorder (BPD), who tend to misinterpret others' motives. Antisocial characteristics stabilize mentalizing by rigidifying relationships within prementalistic ways of functioning. However, loss of flexibility makes the person vulnerable to sudden collapse when the schematic representation is challenged. This exposes feelings of humiliation, which can only be avoided by violence and control of the other person. The common path to violence is via a momentary inhibition of the capacity for mentalization. In this article, the authors outline their current understanding of mentalizing and its relation to antisocial characteristics and violence. This is illustrated by a clinical account of mentalization-based treatment adapted for antisocial personality disorder. Treatment combines group and individual therapy. The focus is on helping patients maintain mentalizing about their own mental states when their personal integrity is challenged. A patient with ASPD does not have mental pain associated with another's state of mind; thus, to generate conflict in ASPD by thinking about the victim will typically be ineffective in inducing behavior change.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 59/2010, 477-495

Keywords

mentalization – mentalization-based treatment – antisocial personality disorder – self – violence

Zusammenfassung

Mentalisierung ist ein Prozess, anhand dessen wir implizit und explizit aufgrund intentionaler psychischer Zustände (wie z. B. Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Überzeugungen und Gründe) unsere eigenen Handlungen und die anderer Menschen als bedeutsam interpretieren. Dieser Prozess ist bei Personen mit komorbiden dissozialen (APS) und Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS), die zur Fehlinterpretation der Motive anderer neigen, unterbrochen. Dissoziale Charakteristika stabili-

¹ Ursprünglich erschienen in: *Journal of Clinical Psychology: In Session*, Vol. 64(2), 181-194 (2008). Übertragung aus dem Englischen: Bettina Malka-Igelbusch, Jerusalem, Israel.

sieren die Mentalisierung durch prämentalistisch gesteuerte Beziehungsverhärtungen. Der Verlust von Flexibilität setzt die Person jedoch der Gefahr des plötzlichen Zusammenbruchs aus, sobald das Repräsentationsschema in Frage gestellt wird. Dies setzt Gefühle der Demütigung frei, die nur durch Gewalt und Kontrolle über den Anderen vermieden werden können. Für gewöhnlich führt der Weg zur Gewalt über eine vorübergehende Hemmung der Fähigkeit zur Mentalisierung. Im vorliegenden Artikel legen die Autoren ihr aktuelles Verständnis der Mentalisierung und ihrer Verbindung zu dissozialen Merkmalen und Gewalt dar. Ihre Beobachtungen werden anhand eines klinischen Berichts über eine der dissozialen Persönlichkeitsstörung angepasste, mentalisierungsbasierte Therapie illustriert. Die Behandlung kombiniert Gruppen- und Einzeltherapie. Sie konzentriert sich auf Hilfestellung der Patienten zur Aufrechterhaltung der Fähigkeit zur Mentalisierung ihrer eigenen psychischen Zustände, wenn ihre persönliche Integrität in Frage gestellt wird. Patienten mit APS empfinden keinen psychischen Schmerz hinsichtlich des Gemütszustands anderer Menschen, daher wird die Konfrontation mit einem Konflikt, der durch Nachdenken über das Schicksal des Opfers ausgelöst wird, unwirksam sein und keine Änderung des Verhaltens herbeiführen.

Schlagwörter

Mentalisierung – Mentalisierungsbasierte Therapie – dissoziale Persönlichkeitsstörung – Selbst – Gewalt

Die meisten Persönlichkeitsstörungen treten nicht in reiner Form auf. Komorbidität ist daher eher die Regel als die Ausnahme. Wir konzentrieren uns hier auf Patienten, bei denen eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (APS) zusammen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) diagnostiziert wurde und die gewalttätig geworden sind. Diese Zusammenstellung von Persönlichkeitsmerkmalen kompliziert das Bild, welches sich dem Therapeuten bietet, der nun den Phänomenen der APS und der Möglichkeit gewalttätiger Übergriffe auf andere Patienten sowie auch der Gefahr der für BPS typischen Selbstverletzung und Suizidgefährdung Rechnung tragen muss. Es gibt nur begrenzt Kenntnisse darüber, wie solche Personen zu behandeln sind; wenn wir daher von Grundprinzipien ausgehen, müsste ein Verständnis dieser komplexen Psychopathologie und der ihr unterliegenden Prozesse die Grundlage für eine Innovation der Behandlung sein, welche dann wiederum empirisch untersucht werden müsste.

Kazdin (2004) hat ein sequenzielles Programm für die Entwicklung einer auf diesen Prinzipien beruhenden Behandlung entwickelt. Die erste Stufe folgt aus der These, dass die Behandlung das reflektieren soll, was wir über die Prozesse wissen, die in direktem Zusammenhang mit dem Beginn und Verlauf eines klinischen Problems stehen. Bei gewalttätigen Patienten mit APS/BPS müssen wir die Verbindung der Phänomene untereinander verstehen und, wenn möglich, demonstrieren, dass ein spezieller Prozess oder dessen Nichtvorhandensein bei einem beträchtlichen Anteil der Personen mit diesem komorbiden Krankheitsbild auftritt.

Wir glauben, dass der Prozess der Mentalisierung mit den Phänomenen der PS in Zusammenhang steht, und in diesem Artikel argumentieren wir daher dafür, dass im Rah-

men der Behandlung gewalttätiger Patienten mit komplexer Persönlichkeitspathologie das Hauptaugenmerk auf die Mentalisierung gerichtet werden sollte. Die Präsentation der klinischen Vignette einer Gruppensitzung, gefolgt von einer damit verbundenen Einzelsitzung mit komorbiden APS/BPS-Patienten, soll einige unserer Argumente illustrieren.

1 Mentalisierung und Persönlichkeitsstörungen

Mentalisierung fokussiert auf psychische Zustände von sich selbst oder anderen, und insbesondere auf die Erklärung des Verhaltens (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002). Es steht außer Frage, dass psychische Zustände Verhalten beeinflussen. Überzeugungen, Wünsche, Gefühle und Gedanken, ganz gleich, ob sie innerhalb oder außerhalb unseres Bewusstseins liegen, bestimmen unsere Handlungen. Erklärungen des Verhaltens aufgrund der psychischen Zustände anderer Menschen (Mentalisierung) sind vergleichsweise leichter angreifbar als Erklärungen, die sich auf Aspekte der physischen Umwelt beziehen (Non-Mentalisierung). Letztere sind weit unzweideutiger, denn die physische Umwelt ist nicht so leicht veränderbar. Aus mentalisierender Perspektive kann die bloße Betrachtung alternativer Möglichkeiten zu einer Änderung der Überzeugungen führen. Daher kann die Konzentration auf den psychische Prozesse zu weit unsichereren Schlussfolgerungen führen als die Konzentration auf physische Umstände. Denn psychische Prozesse beziehen sich auf die Repräsentation der Realität anstatt auf die Realität selbst. Möglicherweise handeln wir in einer bestimmten Situation aus falschen Überzeugungen hinsichtlich der geistigen Befindlichkeit anderer Personen und ihrer zugrunde liegender Motivationen, was manchmal tragische Konsequenzen hat. So können wir zum Beispiel annehmen, dass jemand, der auf uns zugelaufen kommt, uns Böses will, und entsprechend reagieren, obwohl er uns in Wirklichkeit zu Hilfe kommen und uns vor einem herannahenden Auto retten wollte, dass wir nicht gesehen haben. Normal funktionierende Menschen schalten manchmal vom Verständnis ihrer selbst und anderer Menschen durch Erkennung der geistigen Befindlichkeit auf Erklärungen um, die auf der physischen Umgebung beruhen – „Ich muss es gewollt haben, da ich es tat“. Wir haben jedoch dargelegt, dass der rasche und häufige Wechsel zwischen Mentalisierung und Non-Mentalisierung von Erfahrungen charakteristisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist (Bateman u. Fonagy, 2004). In diesem Artikel argumentieren wir, dass Störungen in der Mentalisierung auch bei der APS ein wichtiges Problem darstellen.

Die Phänomene der APS/BPS sind die Konsequenz eines Wechsels von mentalistischen Funktionsmodi zu prämentalistischen Sichtweisen des Geschehens. Die prämentalistisch geprägte Organisation der Subjektivität vermag Beziehungen zu verwirren und die Kohärenz der Selbsterfahrung zu zerstören, die bei normaler Mentalisierung in den Erzählungen zum Ausdruck kommt. Dieser Wechsel geschieht meistens dann, wenn das Bindungs- oder affiliative System aktiviert ist. Sobald in der Interaktion mit Anderen emotionale Zustände involviert sind, tendieren APS/BPS-Patienten zum Verlust der Fähigkeit zu mentalisieren, da die Stimulierung des Bindungssystems

das Mentalisieren an sich behindert (Fonagy u. Bateman, 2006). Als Folge der Hemmung des Mentalisierens treten Erlebensmodi der internen Realität wieder auf, die dem entwicklungsgemäßen Erscheinen der Mentalisierung vorausgehen, wie z. B. psychische Äquivalenz, Als-Ob-Modus und teleologisches Denken. Darüberhinaus besteht zusätzlich ständiger Druck zu projektiver Identifikation – der Reexternalisierung des selbstzerstörerischen, fremden Selbst (Fonagy u. Bateman, 2007).

1.1 Psychische Äquivalenz

Die Mentalisierung weicht dem Modus psychischer Äquivalenz, welche von Klinikern gemeinhin unter der Überschrift „Konkretheit des Denkens“ gesehen wird. Es sind keinerlei alternative Perspektiven möglich. Die Erfahrung des „als ob“ ist aufgehoben, und alles scheint „real“ zu sein. Dies kann bei Erfahrungen mit Anderen zu Dramen und Risiken führen. Die übertriebene Reaktion der Patienten wird durch die Intensität, mit der sie plötzlich ihre eigenen Gedanken und Gefühle und die der Anderen erleben, gerechtfertigt. Eine Patientin träumte von einer riesigen Flutwelle, die Tausende Menschen in den Tod riss. Als sie morgens erwachte, hörte sie von der gewaltigen Tsunami. Sie war schockiert und glaubte, sie habe die Katastrophe ausgelöst. Schließlich nahm sie eine Überdosis Paracetamol, da sie ihren emotionalen Zustand nicht bewältigen konnte. Eine andere Patientin, die von ihrem Großvater sexuell missbraucht worden war, hatte Flashbacks, in denen sie ihn in ihr Zimmer kommen sah. Sie verbarrikadierte nachts ihre Tür. Obwohl er einige Jahre zuvor gestorben war, erlebte sie sein Eintreten in ihr Zimmer als reale Begebenheit und nicht als vergangene Erinnerung und reagierte dementsprechend.

1.2 Als-Ob-Modus

Im Gegensatz dazu können Gedanken und Gefühle in so hohem Maß dissoziiert werden, dass sie beinahe ihre Bedeutung verlieren. Hierbei handelt es sich um den „Als-Ob-Modus“. In diesem Zustand können Patienten Erlebnisse diskutieren, ohne sie in irgendeiner Form physischer oder materieller Realität zu kontextualisieren. Der Versuch einer Psychotherapie mit Patienten in diesem Zustand kann den Therapeuten in langwierige, aber konsequenzlose Diskussionen über innere Erfahrungen verwickeln, die in keinerlei Verbindung zu dem echten Erleben des Patienten stehen. Eine Patientin sprach über ihre Kindheit und erklärte, wie diese in Verbindung zu ihrem suizidalen Verhalten stand. Es schien logisch und verständlich, doch der Umstand, dass sie „es wusste“, änderte nichts an ihrem Risikolevel und verbesserte auch nicht ihre destruktiven Verhaltensmuster. Es rechtfertigte einfach nur ihr Verhalten.

1.3 Teleologischer Modus

Frühe Formen der Konzeptualisierung von Handlungen in Bezug auf das, was offensichtlich ist, können die Motivation bestimmen. Dies trifft zu beim teleologische Mo-

aus. In diesem Modus steht das Körperliche an erster Stelle, und Erleben wird nur dann als gültig empfunden, wenn seine Konsequenzen für alle offensichtlich sind. Zuneigung ist zum Beispiel nur dann echt, wenn sie körperlichen Ausdruck findet. Eine Patientin glaubte, dass ihr neuer Freund sie nicht mehr sehen wollte, weil er sie nicht zur verabredeten Zeit getroffen hatte. Im teleologischen Modus glaubte sie, dass er da gewesen wäre, wenn er sie hätte sehen wollen. Als er sie eine Stunde später anrief, um ihr zu sagen, dass er in einem defekten U-Bahn-Zug steckengeblieben war, beschimpfte sie ihn und sagte, dass sie ihn nie wiedersehen wolle. Später schnitt sie ihre Pulsadern auf.

1.4 Fremdes Selbst

Mit der Auflösung des Selbst werden schließlich als fremd erlebte Aspekte des Selbst projiziert und als zu anderen Personen gehörig betrachtet. Beziehungen verhärten und werden unflexibel, und der Andere muss zwangsweise kontrolliert werden, um die fremden Teile des Selbst fassen zu können. Die Alternative ist der totale Zusammenbruch des Selbst, demgegenüber wird die Zerstörung des Selbst bevorzugt. Im teleologischen Modus kann dies – körperlich – sehr gefährlich werden aufgrund der Neigung zu Selbstverletzung und Selbstmord. Das Bedürfnis nach dem Anderen als Träger des fremden Selbst kann für den Patienten erdrückend werden, da es für ihn überlebenswichtig ist und er eine adhäsive, süchtig machende Scheinbindung zu dieser Person aufbauen mag. Wir nehmen an, wie Winnicott (1956) nahelegt, dass ein Kind, welches nicht in der Lage ist, durch Spiegelung (des Selbst) eine Repräsentation seiner eigenen Erfahrung zu entwickeln, das Bild der Bezugsperson als Teil seiner Selbstrepräsentation verinnerlicht. Wir haben diese Diskontinuität im Selbst das *fremde Selbst* genannt. Wir verstehen das kontrollierende Verhalten von Kindern mit einer Geschichte desorganisierter Bindungen als Verharren in einem Verhaltensmuster analog zur projektiven Identifizierung, bei der die Erfahrung der Inkohärenz innerhalb des Selbst durch Externalisierung reduziert wird. Das für die Trennungsangst in der mittleren Kindheit typische, intensive Bedürfnis nach der Bezugsperson, welches mit desorganisierten Bindungen assoziiert wird, verweist auf das Bedürfnis die Bezugsperson für Externalisierung des fremden Teils des Selbst zu verwenden, anstatt auf eine unsichere Bindungsbeziehung zurückzugreifen. Diese das Selbst stabilisierende Methode wird ins Erwachsenenalter transportiert. Die Erfahrung der Fragmentierung innerhalb der Selbststruktur wird durch diesen Prozess der Externalisierung reduziert. Der Verlust der Mentalisierungsfähigkeit destabilisiert das Selbst und provoziert Unsicherheit: Wer bin ich? Wer sind sie? Was wollen sie? Wie stehe ich in Beziehung zu ihnen? Die Person weiß keine Antwort darauf und gerät in Panik. Daher versucht sie, ein Gefühl des Selbst durch Repräsentationsschemata wiederzugewinnen – „Ich verstehe, wenn er mich nicht mag – er macht mich zum Opfer und ich bin Opfer.“ Um diesen psychischen Zustand zu bewältigen, projizieren Individuen destabilisierende Aspekte ihres Selbst und sehen sie in anderen Personen. Diese fremden Aspekte des Selbst sind für die Integrität und narrative Struktur des Individuums besonders gefährlich.

1.5 Das Selbst und Gewalt

Ein rascher, bindungsabhängiger Wechsel zwischen diesen unterschiedlichen Modi der Selbsterfahrung und der Welt ist charakteristisch für BPS, wird jedoch durch das gleichzeitige Auftreten gewalttätiger APS modifiziert. Im Falle komorbider APS+BPS sind die psychischen Prozesse stabiler im Gegensatz zu den rasch wechselnden Zuständen (States) bei reiner BPS. Dennoch haben diese Patienten ein geringes Verständnis für die psychischen Zustände anderer Personen und es kann plötzlich und auf katastrophale Weise verloren gehen, wenn das Bindungssystem aktiviert wird. Die Stabilität wird zumeist durch die Interpretation des Geschehens nach teleologischem Verständnis gewahrt, doch wollen wir nahelegen, dass die Stabilisierung psychischer Prozesse vielfach der Rigidität der Externalisierung des fremden Selbst entspringt. Dies stellt den Kliniker vor ernsthafte Probleme. Er muss die Rigidität des Systems herausfordern, doch diese Herausforderung kann unter Umständen Gewalt auslösen.

Im Falle von APS/BPS liegt das fremde Selbst fest und unverrückbar außerhalb – ein Partner kann zum Beispiel als seelenlos und als jemand betrachtet werden, dem man zu sagen hat, was zu tun ist. Hierbei handelt es sich um ein System, das als autoritär und den Anderen auf gefährliche Weise unterwerfend wahrgenommen wird. Dies stabilisiert die Psyche des Patienten. Bedrohungen dieser Repräsentationsschemata, die mit einem System von übertrieben angenehmem bzw. wohltuendem Verhalten oder einem Partner verbunden sein können, der ein inakzeptables Maß an Unabhängigkeit verlangt, führen zu einer Stimulierung im Bindungssystem, die eine Hemmung der Mentalisierung aktiviert, die wiederum die Angst vor der mangelhaften Kontrolle innerer Zustände und der Bedrohung durch die Rückkehr des fremden Selbst auslöst.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Bedrohung der Selbstachtung Gewalttätigkeit in Individuen auslöst, deren Selbsteinschätzung auf unsicheren Füßen steht, da sie ihren Selbstwert vergrößern (Narzissmus). Patienten mit APS/BPS blähen ihre Selbstachtung auf, indem sie anderen Respekt abverlangen, Menschen um sich kontrollieren und eine Atmosphäre der Furcht schaffen. Auf diese Weise bewahren sie ihren Stolz, ihr Prestige und ihren Status und sichern die Erfahrung der externalen Position des fremden Selbst. Statusverlust ist verheerend, da das fremde Selbst zurückkehrt und innere Zustände aktiviert, die den Patienten zu überwältigen drohen. Das Erleben wird tief im Modus psychischer Äquivalenz verwurzelt. Solche Patienten sind vorübergehend nicht in der Lage zu mentalisieren und in ihrem bedrohten Zustand zu prüfen, was in der sie bedrohenden Person vorgeht, und haben daher keine Möglichkeit, sich vor der ständig sinkenden Selbstachtung und vor Positionsverlust zu schützen.

Emotionale Fähigkeiten wie Schuldgefühl oder Liebe anderen gegenüber sowie die Angst um das Selbst sind in der Lage, gewalttätiges Verhalten zu verhindern, doch der Verlust des Mentalisierens und die unausgereifte Fähigkeit dieser Patienten, solche Gefühle zu empfinden, verhindern die Mobilisierung dieser hemmenden Mechanismen. Die Angst um das Selbst fehlt völlig, und die mit der Gewalt assoziierten Gefahren werden als sekundär empfunden. Das Einsetzen des Als-Ob-Modus bedeutet, dass das Ri-

siko, gefasst zu werden, unrealistisch ist und es zeigt sich ein illusorisches Gefühl der Sicherheit und ein Mangel an Realitätsbewusstsein. Der innere Zustand ist nicht mehr mit der externen Realität verbunden. „Es geschah wie im Film“, „es schien unwirklich“.

Gilligan (2000) hat unsere Aufmerksamkeit geschickt und überzeugend auf die Schamregulierung als Schlüsselfaktor in der Pathologie von APS gelenkt. Die mit dem Verlust der Selbstachtung verbundene Scham wird auch im Modus der psychischen Äquivalenz erlebt und ist so verheerend destruktiv, dass der Patient etwas Sofortiges und Dringendes tun muss, um zu überleben. Er kann die Rückkehr des fremden Selbst nicht akzeptieren, welche überwältigende Schamgefühle mit sich bringt, und so versucht er zwangsläufig die Quelle zu kontrollieren, die er irgendwo „dort draußen“ ansiedelt. Aggression gegenüber der Gefahrenquelle kann nicht auf nicht körperliche Gewalt wie Schreien beschränkt bleiben. Dies wäre nur dann möglich, wenn Mentalisierung bewahrt wird und die Wahrnehmung mentaler Zustände des Anderen zumindest teilweise erhalten bleibt. Die Anerkennung des Umstands, dass die andere Person eine eigene Psyche hat, hemmt die Gewalt; der Verlust der Mentalisierung ermöglicht den körperlichen Angriff, da die andere Person nichts weiter ist als ein Körper oder eine bedrohliche Präsenz. So ist es die Gewalt, die wir uns nun näher anschauen wollen, um dieses letzte Element in dem so komplexen Bild detaillierter verstehen zu können.

Der Weg zur Gewalt führt über eine vorübergehende Hemmung der Fähigkeit zur Mentalisierung. Mentalisierung schützt vor Gewalt. Manche Menschen, die schwach sind im Erkennen psychischer Zustände anderer Personen anhand von Gesichtsausdrücken oder Stimmenintonation, mögen nicht völlig die Fähigkeit zur Mentalisierung erworben haben und so ihre natürliche Gewalttätigkeit nicht hemmen können. Solche Individuen sind hartherzig und gefühllos. Sie bleiben unfähig, psychische Zustände anderer Menschen zu erkennen und sind sich der Wirkung ihrer Handlungen oder geäußerten Wünsche auf andere nicht bewusst. Daher bleiben sie unberührt von negativen Reaktionen und infolge der schrecklichen Bedrohung, die von diesen Menschen ausgeht, tun wir sie als „Psychopathen“ ab. Wir befassen uns hier jedoch nicht mit dieser Gruppe.

Es gibt andere Personen, die nie die Gelegenheit hatten, etwas über psychische Zustände im Kontext adäquater Bindungsbeziehungen zu lernen. Oder ihre Bindungserfahrungen wurden grausam oder kontinuierlich zerstört. Bei wieder anderen Personen wurde ihre angeborene Fähigkeit zur Mentalisierung durch eine Bezugsperson zerstört, die Angst in Bezug auf ihre Gedanken und Gefühle für das Kind hatte, womit sie das Kind dazu brachte, das Nachdenken über die subjektive Erfahrung anderer zu vermeiden. Es ist wichtig sich bewusst zu sein, dass Gewalt ihre Wurzeln im desorganisierten Bindungssystem hat. Ein Kind kann zum Beispiel eine scheinbare Gefühlskälte an den Tag legen, die jedoch tatsächlich in der Angst um Bindungsbeziehungen wurzelt. In Wirklichkeit sind solche Kinder nicht gefühllos, sondern haben große Angst und streben möglicherweise nach verlässlicheren Bindungen. Wir befassen uns hier mit dieser Gruppe, da eine schwere frühe Kindheit ein größeres zukünftiges Bedürfnis nach interpersonaler Gewalt als Mittel zum Ausdruck darunter liegender psychischer Zustände erklären kann. Diese These wird von unterschiedlichen Studien (Jaffe et al., 2004; Shonk u.

Cicchetti, 2001) gestützt, welche zeigen, dass die Verknüpfung von Kindesmisshandlung und Externalisierungsproblemen wahrscheinlich durch inadäquates interpersonelles Verständnis (soziale Kompetenzen) und begrenzte Flexibilität im Verhalten auf Forderungen der Umgebung (Ich-Resilienz) vermittelt wird.

Wir meinen, dass die Gruppe mit hoher Gewaltniveau in der frühen Kindheit später auch in der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter Bindungserfahrungen gemacht hat, welche daran scheiterten, den Patienten ein Gefühl dafür zu vermitteln, dass die andere Person eine eigenständige psychische Einheit darstellt. Wir vermuten ein Zusammenwirken von psychischen Abwehrmechanismen, neurobiologischer Entwicklung und Schwankungen der Hirnaktivität während posttraumatischer Zustände, die die Mentalisierungsaktivität beeinträchtigen. Ein Wechsel in der Balance der kortikalen Kontrolle hält die betroffene, früher misshandelte Person in einem Modus mentaler Funktionen fest, der mit der Unfähigkeit alternative Repräsentationen der Situation zu verwenden, einhergeht (z. B. einem Funktionieren auf dem Niveau eher primärer statt sekundärer Repräsentationen), mit der Unfähigkeit, den inneren Zustand (Metarepräsentation) der Person, mit der sie es zu tun haben, zu erklären sowie mit einer Bereitschaft zu einem Modus mentalen Funktionierens, der mit Zuständen von dissoziativem Bindungsverlust verbunden ist, in dem ihre eigenen Handlungen als unwirklich oder bar jeder realistischer Implikationen erfahren werden. Die Behandlung muss alle diese Facetten aufgreifen.

2 Mentalisierungsbasierte Behandlung

Die mentalisierungsbasierte Behandlung (MBT) wurde für die Behandlung von BPS entwickelt und dafür voll operationalisiert (Bateman u. Fonagy, 2006). Sie hat sich in stichprobenartig ausgesuchten kontrollierten Versuchen in einem partiellen Klinikprogramm (Bateman u. Fonagy, 1999) als effektiv erwiesen und wird jetzt umfangreich ambulant untersucht. Außerdem wird sie zur Zeit für APS-Patienten angepasst. Das vorrangige Ziel der MBT ist die Schaffung eines therapeutischen Umfeldes, in dem die psychischen Zustände des Selbst und des Anderen im Brennpunkt des Interesses stehen. Daher mag sie sich besonders für mit BPS/APS-Patienten assoziierte abnormale Prozesse eignen, da diese Patienten ihre Fähigkeit zu mentalisieren erweitern müssen, wenn ihre Selbstachtung durch die Entwicklung mentaler Funktionen auf einer sekundären Repräsentationsebene bedroht ist.

2.1 Klinische Verfahren der mentalisierungsbasierten Therapie

Mentalisierungsbasierte Behandlung wird den Patienten als kombinierte Gruppen- oder Einzelbehandlung angeboten. Sitzungen finden alle zwei Wochen wechselweise als Einzel- und Gruppenbehandlungen statt. Gruppentherapie eignet sich hervorragend für die Behandlung von Problemen bei Patienten, die normale soziale Prozesse ignorieren und nicht in der Lage sind, geläufige zwischenmenschliche Empfindlich-

keiten zu berücksichtigen. Die Gruppentherapie bietet diesen Patienten die Möglichkeit, ein besseres Verständnis für ihre Rolle in sozialen Prozessen zu entwickeln und sensibilisiert sie dafür, wie ihre Interaktion mit anderen eine Verzerrung in sozialer Verständigung und zwischenmenschlicher Interaktion provozieren kann. Wie wir bereits nahelegten, muss eine Person, welche Wut auf jemanden empfindet oder sich missverstanden oder unfair behandelt fühlt, dies psychisch bewältigen anstatt sich gewaltsam der physischen Quelle dieses Unbehagens zu entledigen. Die Gefahren einer mentalisierungsbasierten Gruppenpsychotherapie werden offenbar, wenn wir in Betracht ziehen, dass ihr Ziel die Förderung ernsthafter und detaillierter Rücksichtnahme auf die Motive des Selbst und des Anderen ist, wenn Emotionen hochkommen und Wege des Umgangs mit dem fremden Selbst gefunden werden müssen, ohne dabei in die Kontrolle durch Gewalt zurückzufallen. Sobald krampfhaft festgehaltene Repräsentationsschemata herausgefordert oder auch nur in Frage gestellt werden, ist es zum Gewaltausbruch nicht mehr weit.

Sowohl APS- als auch BPS-Patienten finden Gruppentherapie problematisch aufgrund ihrer unzulänglichen Fähigkeit, die Motive anderer Menschen zu verstehen, doch unsere Erfahrung zeigt, dass sie in der Lage sind, regelmäßig über einen längeren Zeitraum an Therapiesitzungen dieser Art teilzunehmen, wenn diese Reihe immer wieder durch Einzelsitzungen unterbrochen wird, in denen sie ihre Rolle und ihr Verhalten in der Gruppe rekapitulieren und andere persönliche Probleme angehen können. In der folgenden klinischen Vignette berichten wir über eine Gruppensitzung, in deren Rahmen die Patienten zu einer einvernehmlichen Auffassung hinsichtlich eines gewalttätigen Vorfalls kommen. Ihr Einvernehmen wird vorübergehend fraglos von den Ko-therapeuten akzeptiert. Dieses klinische Material wird dann in Verbindung mit unseren früheren Überlegungen diskutiert, denen zufolge der Verlust mentalisierender Prozesse bei APS-/BPS-Patienten zu Gewalttätigkeit führt. Wenngleich dies in der Gruppe nicht explizit deutlich wird, ist es Gegenstand in der nachfolgenden individuellen Therapiesitzung mit dem Patienten, der wieder über den gewalttätigen Vorfall berichtete.

3 Fallillustration

3.1 Gruppensitzung

Die Gruppe besteht aus sechs Patienten, welche sämtlich als komorbid APS/BPS diagnostiziert wurden. Sie wissen um ihre Diagnose und nehmen seit sechs Monaten an Gruppen- und Einzeltherapiesitzungen teil. Ein Patient, der 28-jährige Kieren, ist nicht anwesend. Die Mitglieder der Gruppe sind zwischen 25 und 36 Jahre alt. Alle haben wegen gewalttätiger Übergriffe bereits Haftstrafen verbüßt. Steve und Patrick sind zur Zeit in Bewährung, nachdem sie wegen guter Führung vorzeitig aus der Haft entlassen worden sind. John ist 32 Jahre alt und in einem rauen Teil Nordenglands aufgewachsen. Er suchte die Therapie wegen Depressionen auf und

erwähnte, dass er sich verändern wolle, um eine bessere Beziehung führen zu können. Er war mehrfach seiner Partnerin gegenüber gewalttätig geworden und lebt gegenwärtig getrennt von ihr. Steve ist 28 und hat die meiste Zeit seines Lebens mit dem Handel mit gestohlener Ware und manchmal auch Drogen verbracht. Er wurde auch einige Male wegen Betrugs überführt. Er kam in die Therapie, weil er zuviel trank und deshalb in zu viele Schlägereien verwickelt wurde. In letzter Zeit hatte er seine Hände auch bei Erpressungen im Spiel. Er lebt bei seinen Eltern, die beide ihrerseits auch eine kriminelle Vergangenheit haben. Patrick ist 36 Jahre alt und hat mehrere Kinder mit verschiedenen Partnerinnen. Er suchte die Therapie auf, da er und seine jetzige Partnerin vor kurzem einen Jungen bekommen haben. Er erklärte, dass er für seinen Sohn ein „besserer Mensch“ werden wolle. Michael ist 25 und der Einzige in der Gruppe, der einer Arbeit nachgeht. Er arbeitet in einem Lagerhaus und sein Arbeitgeber hatte ihm empfohlen, wegen seiner Wutausbrüche professionelle Hilfe aufzusuchen. Im Anschluss an einen Wutbewältigungslehrgang wurde er zur Weiterbehandlung überwiesen, da er viele in seiner Kindheit wurzelnde Probleme hat, einschließlich sexuellen Missbrauchs und körperlicher Gewalt während seines Aufenthaltes in Pflegeheimen. Seine Eltern hatten ihn im Alter von vier Jahren im Stich gelassen. Peter, 31 Jahre alt, hat ähnliche Probleme, litt jedoch bei Vorstellung zur Therapie unter größeren Depressionen. Die Gruppe begann, indem John von einem Vorfall berichtete, der sich einige Tage zuvor ereignet hatte.

John (J): *Ich habe vor ein paar Nächten jemanden niedergestochen. Er machte mir eine Menge Probleme und hat es nicht anders verdient.*

Steve (S): *Was hat er gemacht?*

J: *Er war in meiner Wohnung. Ich hatte einige der jüngeren Leute aus dem Wohnblock bei mir, die haben in meiner Wohnung einen Trip geschmissen. Sie wissen, dass ich sie das manchmal machen lasse, das gefällt mir irgendwie. Jedenfalls habe ich denen gesagt, es sei schon spät und sie müssten jetzt gehen. Da sagt einer von denen, ich hätte seine Zigaretten geklaut. Ich sagte: „Was sagst Du da?“ Er wiederholte, was er gesagt hatte und da sagte ich ihm, dass das nicht stimmt und dass er gehen solle. Dann fing er an mich zu beschimpfen und sagte, ich sei ein Dieb. Ich warnte ihn, er solle den Mund halten und abhauen.*

Patrick (P): *Du hast ihn also gewarnt?*

J: *Ja.*

P: *Das war gut so. Du hast getan, was Du musstest, alles andere hing dann von ihm ab.*

J: *Ich habe ihn sogar nochmal gewarnt. Weil er mich weiterhin beschuldigte, ich hätte seine Zigaretten gestohlen, sagte ich ihm, wenn er nicht die Klappe halte und abhaue, würde er sein Fett abkriegen.*

P: *Wenn er weitergemacht hat, dann hat er verdient, was er abgekriegt hat.*

J: *Er hat dann angefangen, zu gehen, doch weil er immer noch redete, während er seine Sachen packte, hab ich das Küchenmesser genommen und bin auf ihn los. Seine Kum-pels haben mich festgehalten, so dass ich ihn nicht erwischen konnte. Als sie dachten,*

dass er schon draußen war, haben sie mich losgelassen, und er hat dann von draußen gebrüllt, ich sei ein Dieb und ein Betrüger. An diesem Punkt bin ich dann raus und hab' ihn niedergestochen. Konnte nicht anders. Er hatte die Grenze überschritten.

Therapeut (TA): Welche Grenze meinen Sie?

M: Das ist doch wohl klar? Er hatte den Kerl gewarnt und der hat weitergemacht. Das kannst Du doch nicht einfach durchgehen lassen.

TA: Können Sie mehr darüber sagen, was sie mit „das“ meinen?

M: Also, er hat ihn gewarnt und der andere hat einfach weitergemacht. Das ist respektlos.

Steve (S): Ja, Sie müssen verstehen, dass diese Leute in seiner Wohnung waren und sie können nicht so respektlos sein. Wenn Sie das durchgehen lassen, kriegen Sie echte Schwierigkeiten.

Peter (P): Ja, totale Schwierigkeiten.

TA: Ich beginne zu verstehen, dass etwas mit diesem „das“ ist, dass sie alle verstehen, aber ich habe das noch nicht so richtig begriffen.

J: Sehen Sie, diese Leute waren mit meiner Erlaubnis in meiner Wohnung, aber das heißt noch lange nicht, dass sie machen können, was sie wollen, oder?

TA: Ich verstehe das, aber in diesem Fall führte die Situation dazu, dass jemand niedergestochen wurde, und mir geht es darum, wie die Umstände jemanden dazu bringen zu können, das zu tun – Sie sagten, dass Sie nicht anders gekonnt hätten, also muss etwas sehr Wichtiges mit Ihnen geschehen sein.

S: Mir ist das sonnenklar. Wenn Sie jemandem so etwas durchgehen lassen, können Sie nicht wissen, was als nächstes geschieht. Die werden glauben, dass ihnen alles erlaubt ist. Er hat ihm die Chance gegeben, sich elegant da rauszuwinden, aber der hat sie nicht ergriffen. John hat sich an die Regeln gehalten, aber der andere Kerl hat sie gebrochen und das kann man nicht einfach durchgehen lassen.

TA: Können Sie mir das mit den Regeln ein bisschen näher erläutern?

J: Also, wenn sie jemanden respektlos behandeln und er Sie warnt, sollten Sie abhauen oder sich auf einen Kampf gefasst machen. Mir ist es egal, wenn mich jemand warnt, obwohl ich weiß, dass sie mir eine Chance gegeben haben. Ich bleibe und nichts wie ran. Wenn ich verliere, akzeptiere ich das, aber mir ist es egal, was mir passiert, deshalb gewinne ich meistens. Die meisten Leute haben ein bisschen Angst davor, was ihnen passieren kann und gehen deshalb nicht so weit wie ich. Aber Regeln sind Regeln.

Therapeut (TB) zu J: Wie ich das verstehe, hat dieser Mann Sie nicht respektiert und sich dann ein bisschen so verhalten wie Sie und hat Sie herausgefordert, was Sie nicht zulassen konnten. Können Sie sagen, was die Herausforderung an Sie ist?

J: Wenn ich ihm seine Beschuldigungen hätte durchgehen lassen, hätten die anderen es überall im Wohnblock herumgezählt und dann hätte man von mir gedacht, ich sei schwach. Ich würde dann von niemandem mehr respektiert.

P (unterbricht): Ja, Sie müssen begreifen, wo wir leben. Wenn Sie in solchen Situationen nicht richtig handeln, würden die Leute über sie lachen und als Person wären Sie dann erledigt.

TA: Kann irgend jemand mir erklären, was Patrick mit „als Person erledigt sein“ meint?

M: *Ich weiß, was er meint. Wenn Sie sich nicht selbst behaupten, sind Sie nichts.*

TB: *Nichts?*

M: *Ja, nichts. Sie wären niemand und die Leute könnten sogar anfangen, Sie auszunutzen. Vor mir haben die Leute Angst und halten Abstand. Also bin ich jemand. Alle wissen, dass sie sich nicht mit mir anlegen können und dass ich in Ruhe gelassen werden will. Wenn man mich nicht in Ruhe lässt, passiert etwas. Vor ein paar Tagen ist einer nicht aus dem Weg gegangen, als ich daherkam. Erst habe ich nichts gemacht und bin zur Seite gegangen, aber als er an mir vorbeiging, fühlte ich, dass ich das nicht durchgehen lassen konnte. Er hatte mich herausgefordert, also bin ich hin und habe ihm eine in die Fresse gehauen. Er macht das bestimmt nicht nochmal. Aber er hat mich behandelt, als sei ich nichts und das ist nicht drin.*

TB: *Können Sie erklären, wie es ist, wenn man sich plötzlich in der Gefahr sieht, nichts zu sein?*

(Stille)

S: *Da warten Sie nicht drauf, Sie bereinigen, was Sie zu bereinigen haben.*

TA: *Was ist, wenn jemand vielleicht die Regeln nicht kennt oder mit den Gedanken woanders ist – wenn z. B. diese Person, die Sie geschlagen haben, weil sie nicht an die Seite gegangen ist als Sie daherkamen, mit den Gedanken woanders war? (Stille)*

TA: *Ich merke, dass keiner von uns den Mann erwähnt, der niedergestochen wurde. Es scheint, dass wir ihn vergessen haben. Ist er OK?*

M: *Er ist unwichtig. Er hat das verdient. Ich verschwende keine Gedanken mehr an Leute, nachdem etwas passiert ist, es sei denn, ich habe mit denen eine Rechnung zu begleichen. Dann behalte ich das in Erinnerung und hole mir nachher, was mir zusteht. Ich kümmere mich nicht um ein schlechtes Gewissen und so'nen Scheiß. Das macht einen bloß bekloppt.*

S: *Lohnt sich nicht, sich schuldig zu fühlen. Jedenfalls haben die beide ihre Abreibung verdient.*

TA: *Eins vor den Kopfkriegen, weil er nicht zur Seite gegangen ist?*

S: *Hängt von den Umständen ab. Dieser Typ hatte wahrscheinlich den Du-kannst-mich-mal-Blick drauf und das hätte er halt nicht tun sollen. (Die Gruppe fuhr noch eine Weile fort, über diesen „Blick“ zu reden, was er ist und was es damit auf sich hat).*

John beschreibt eine Situation, in der er junge Leute in seine Wohnung eingeladen hatte, um dort Drogen zu nehmen. Hier ist er der Boss, sie stehen in seiner Schuld und er kann sich ihrer Dankbarkeit sicher sein. Er kann sich sicher fühlen, dass alle in seiner Umgebung seine höhere Position in der Hierarchie akzeptieren. In dem Moment, in dem jemand ihn herausfordert, indem er ihn des Diebstahls beschuldigt, werden seine Ängste geweckt und er fühlt sich bedroht. Die Therapeuten versuchten zunächst, diese Herausforderung zu untersuchen und die dadurch in dem Patienten induzierten Gefühle zu eruieren (eine gängige Mentalisierungsmethode), aber die anderen Patienten beginnen rasch damit, ihn zu befragen, ob er sich an einen akzeptierten Verhaltenskodex gehalten habe; in diesem Fall an eine Warnung

für den Fall, dass die Herausforderung nicht zurückgenommen wird. Die Mitteilung, dass zwei Warnungen ausgesprochen worden sind, reicht aus um anzunehmen, dass der Gewaltakt wahrscheinlich gerechtfertigt war. Dem darunterliegenden emotionalen Zustand wird zunächst ausgewichen; die Diskussion konzentriert sich auf die Bedeutung des Respekts. Alle Mitglieder der Gruppe halten Respekt für überlebenswichtig. Die Rückkehr zu diesem Thema kündigt sich in ihrem Unbehagen über den „Blick“ an, welcher im Grunde ein Ausdruck von Respektlosigkeit ist. Kurz bevor sich die Gruppe jedoch wieder dem Thema der Respektlosigkeit zuwendet, gibt es einen Hinweis darauf, was John und dem Rest der Gruppe am meisten Angst einflößt – nämlich zum Nichts zu werden.

John äußert Sorge um den „Verlust von Respekt“, Patrick darüber, als „Person erledigt zu sein“, und Michael fürchtet sich davor, „nichts“ zu sein. Ihnen allen ist klar, dass ein Gesichtsverlust nicht in Frage kommt und dass sie sich der Ursache der Bedrohung entledigen müssen, um ihr Gefühl des Stolzes, der Würde, der Ehre, und am Ende ihr eigenes Selbst zu bewahren. Sie bitten die Therapeuten tatsächlich darum, die Welt, in der sie leben, zu verstehen zu versuchen – eine Welt, die unerbittlich ist, nach dem Talionsprinzip funktioniert, und in der man tagtäglich ums Überleben kämpfen muss. Dies scheint von den Therapeuten akzeptiert zu werden, die zunehmend zu Zuschauern in der Diskussion um die Gewalttat werden, wobei sie anscheinend mit den Patienten einer Meinung hinsichtlich der Schuld des Opfers für das Vorgefallene sind. Der Täter wird als normal eingestuft, als er das Opfer niedersticht.

Hier glauben wir, dass die Mentalisierungsfähigkeit der Therapeuten durch Patienten, die völlig unbekümmert Schrecken erregendes Material präsentieren, vorübergehend ausgeschaltet wird. Die Therapeuten werden mit dem Aggressor identifiziert, anstatt sich selbst auf die Seite des Opfers zu stellen. Dies würde dazu führen, dass die Therapeuten befürchten müssten, selbst zur Zielscheibe von Gewalt zu werden. Gleichzeitig können sie sich jedoch auch nicht völlig mit dem gewalttätigen Patienten identifizieren, da auch dies zu gefährlich wäre.

Die Patienten versuchen, das fremde Selbst – in diesem Fall ein quälendes und demütigendes Selbst – durch die Entwicklung einer nichtmentalisierenden Erklärung zu kontrollieren. Das Opfer „hatte es verdient“, denn es war gewarnt worden und man musste so vorgehen, da einem ansonsten nicht der erforderliche Respekt entgegengebracht wird. Der Patient konnte unter keinen Umständen ein solches Gefühl der Demütigung in sich tolerieren.

Gleichzeitig unterbricht die Gruppe den Mentalisierungsprozess der Therapeuten mit einer „Powerdynamik“, die die Interaktion von Opfer-Täter-Therapeut durch bewusste und unbewusste Nötigung entfacht. Die Rollen Johns, des Opfers und des Therapeuten repräsentieren aus dieser Perspektive einen Dissoziationsprozess; das Opfer wird von John und den anderen aus der Gruppe als „nicht wir“ dissoziiert: „Er wurde gewarnt und kennt die Regeln. Wenn er sie missachtet, ist das sein Problem“. Die Therapeuten werden gewarnt, dass sie die Kultur, die sich in der Lebensweise der Gruppe äußert, zu verstehen hätten. Die Therapeuten geben dann ihre Rolle für kurze Zeit auf,

indem sie mit der Idee konspirieren, dass das Problem beim Opfer liegt. Die Rolle der Therapeuten als Beobachter des Prozesses ist es, Mentalisierung soweit wie möglich aufrecht zu erhalten und den Verlust zu vermeiden ebenso wie das Risiko, den Täter in einem Repräsentationsschema als Bösewicht und das Opfer als hilflosen Unschuldigen darzustellen. Auch dies ist nicht-mentalisierend.

Die Therapeuten in der Vignette versuchen, eine mentalisierende Position zu bewahren und bitten die Gruppe um Klarstellung und Identifizierung der Bedeutung von Worten, welche implizit über eine einvernehmlich vereinbarte Bedeutung verfügen – „die Regeln“, „Respektlosigkeit“, „als Person erledigt sein“, „nichts sein“. Um diese Bereiche zu untersuchen, involvieren die Therapeuten andere Patienten, welche die abgegebenen, relativ lakonischen Erklärungen weiter ausführen sollen. Dies ist charakteristisch für Gruppen mit einem Mentalisierungsansatz, in denen die Therapeuten einen Prozess des Verstehens zwischen Gruppenmitgliedern in Bezug auf das, was im Kopf der jeweils anderen Gruppenmitglieder vorgeht, in Gang setzen wollen. Die Therapeuten nehmen daran aktiv teil; im vorliegenden Fall durch den Ausdruck von Unsicherheit hinsichtlich der angebotenen Erklärungen zu den Vorkommnissen. Schließlich weisen sie kurz darauf hin, dass in John etwas Unerträgliches vorgegangen war, was er jedoch nicht weiter untersucht. Grundsätzlich erwarten wir von Therapeuten, dass sie solche wichtigen affektiven Veränderungen sehr genau untersuchen.

Wenngleich diese Gruppensitzung den Patienten erlaubte, die Bedeutung von Respekt, Hierarchie und die Erkenntnis wie es möglich ist zu vermeiden, ein „Nichts“ zu werden, zu erfassen, wurden die zugrundeliegenden Dynamiken, die Teil der Gewalttätigkeiten waren, nicht thematisiert. Zum Teil hatte dies mit den Problemen der Therapeuten zu tun, ihre mentalisierende Position beizubehalten, zum Teil aber auch mit der Erkenntnis, dass ein Bestehen auf zu gründlicher Untersuchung innerhalb der Gruppe als Versuch hätte empfunden werden können, das demütigende fremde Selbst zwangsweise zurück ins Spiel zu bringen. Die Gruppe schützte John davor, vielleicht weil sie unbewusst spürte, dass es nicht zu tun zu weiterer Gewalt geführt haben könnte. In der MBT werden solche schwerwiegenden Taten üblicherweise detaillierter in der individuellen Sitzung untersucht, wie es auch im vorliegenden Fall geschah.

3.2 Individuelle Sitzung

Der Einzeltherapeut kannte den Inhalt der Gruppensitzung und erklärte John beim Beginn der Sitzung im Einklang mit der bei uns üblichen Praxis, was er über die in der Gruppe diskutierten Inhalte wusste.

Therapeut (T): *Ich höre von Dr. A., dass Sie jemanden niedergestochen haben, seitdem wir uns zuletzt sahen. Es wäre hilfreich, wenn wir darüber ein wenig ausführlicher sprechen könnten, obgleich ich weiß, dass Sie darüber bereits in der Gruppe gesprochen haben.*

J: *Ja, also, ich habe der Gruppe gesagt, dass er das verdient hatte. Ich habe ihn gewarnt und er hat sich nicht darum gekümmert, also hat er es verdient. Regeln sind Regeln.*

- T: Sie haben diese „Regeln“ bereits mir gegenüber erwähnt. Es sieht so aus, als wären Sie der Meinung, dass er die Regeln gebrochen habe.
- J: Ja, das stimmt. Er kennt die Regeln. Er war auch in meiner Wohnung, also hätte er vorsichtiger damit sein müssen. Ich weiß eh' nicht, was da passiert ist.
- T: Erzählen Sie mir ein bisschen mehr darüber, was es ist, das Sie nicht wissen.
- J: Ich versuche, solche Sachen nicht zu machen. Wenn ich sie wieder mache, darf ich meine Kinder nicht sehen. Der beschissene Sozialarbeiter sieht mich dann bloß wieder als gefährlich an. Ich bin nicht gefährlich. Diese Sachen passieren einfach.
- T: Aus meiner Perspektive scheint das Gefährliche daran zu sein, dass diese Dinge „einfach passieren“. Können Sie ein bisschen näher erklären, was es ist, das einfach passiert? (Woraufhin John einige der bereits in der Gruppe diskutierten Begebenheiten wiederholt.)
- T: Was ist an alledem für Sie das Bedeutendste?
- J: Weiß nicht.
- T: Können Sie das nicht ein wenig näher erklären?
- J: Also, ich denke, das hat was damit zu tun, dass ich mir Sorgen mache, wie die Leute mich sehen. Wenn die Leute mich beschimpfen und ich mir sagen lasse, wer ich bin, dann werde ich nicht so behandelt, wie es mir zusteht.
- T: Ich verstehe das so, dass eine Nichtreaktion Ihrerseits als Schwäche ausgelegt werden könnte und dass Sie dann noch mehr Schwierigkeiten für die Zukunft befürchten. Wie ist es, wenn man sich schwach fühlt?
- J: Ich kann so nicht leben. Ich brauche es, dass Leute mich respektieren. Andernfalls weiß ich nicht, ob ich dort leben könnte. Sie haben keine Ahnung wie es ist, in diesen Vierteln zu leben. Ich könnte nicht mehr vor die Tür gehen und manche meiner Kumpel würden mich schneiden. Ich bin kein Unruhestifter, aber andere Leute machen Sachen und dann gibt es Probleme.
- T: Ich sehe, dass Sie die meiste Zeit vermeiden, in Schwierigkeiten zu geraten, aber es ist schwierig für Sie in solchen Momenten, wenn Sie nicht wissen, was mit Ihnen passiert. Ich bin immer noch neugierig zu wissen, was sich an diesen Punkten verändert.
- J: Ich sehe, wie sie mich angucken und das ist der Auslöser.
- T: Da ist er wieder, dieser „Blick“ (bezieht sich auf die vorangegangene Diskussion eines bestimmten „Blicks“). Der löst wirklich etwas bei Ihnen aus.
- J: Die denken, dass sie besser sind als Sie, deshalb muss man denen zeigen, dass das nicht stimmt.
- T: Inwiefern besser?
- J: (seufzt) Ich weiß nicht. (Stille)
- T: Was geht in Ihnen vor wenn Sie meinen, dass jemand besser sein will als Sie?
- J: Es ist nicht gut. Ich kriege einen Filmriss, und ich weiß, dass ich was dagegen tun muss. Es passiert alles einfach. (Als-ob-Modus)
- T: Ja, mir scheint auch, dass Sie an diesen Punkten mit sich kämpfen. Was passiert in Ihrem Kopf?
- J: Mir reißt der Film und das ist es dann.

- T: Nach meinem Verständnis nehmen Sie einen Blick wahr, der Sie herausfordert, und Sie müssen sich dieser Herausforderung stellen und gewinnen. Wenn die andere Person nicht nach Ihrem Willen reagiert, glauben Sie, dass sie daraus einen Gewinn zieht und dann haben Sie einen Filmriss.*
- J: Es ist nicht immer so. Manchmal kann ich es ignorieren, aber dieses Mal war es in meinem Haus, und deshalb fühlte ich mich stärker angegriffen. Ich glaube, die Gruppentherapeuten denken, dass ich derjenige bin, der die Probleme macht und dass ich das nicht hätte tun sollen. Glauben Sie das auch?*
- T: Ich bin nicht sicher, wie Sie darauf kommen. Wieso kommen die Gruppentherapeuten plötzlich ins Spiel?*
- J: Sie scheinen zu glauben, dass ich was angefangen habe und der Störenfried bin und dass ich das nicht hätte machen sollen. Glauben Sie das auch?*
- T: Ich denke, Sie hätten das nicht machen sollen, aber Sie haben mir geholfen zu verstehen, nämlich dass Sie fühlten, keine andere Wahl zu haben. Aber das Wichtigste ist nun, dass wir sehen, wie wir Ihnen helfen können, mit dem „Blick“ fertig zu werden, ohne jemanden angreifen zu müssen. Das bringt Sie in Schwierigkeiten, obwohl Sie die vermeiden wollen. Ich wollte Sie noch fragen, ob Sie jemals das Gefühl hatten, dass ich diesen Blick zugeworfen habe.*
- J: Oh, nein, Sie sind mein Arzt. Ich versuche das hier zu überwinden.*
- T: Aber falls es doch passieren sollte, lassen Sie es mich bitte wissen.*
- J: Hmm. Jedenfalls, ich war mir nicht sicher, ob ich weiterhin in die Gruppentherapie gehen soll. Die anderen waren ganz hilfreich, aber ich denke, dass die Therapeuten nicht wirklich verstanden haben.*
- T: Erzählen Sie mir mehr darüber.*
- J: In der Gruppe hatte ich das Gefühl, es sei meine Schuld gewesen, dass das passiert ist. Ich möchte mich nicht so fühlen. Es ist sowieso falsch, also ist es das Beste, wenn ich nicht zur Gruppe zurückgehe.*
- T: Es klingt als fragten Sie sich, ob ich Sie dazu überreden werde, zurück zur Gruppe zu gehen.*
- J: Das können Sie nicht, aber denken Sie, dass ich sollte?*
- T: Ja, das tue ich. Ich glaube, dass Sie durch Ihr Fernbleiben (teleologische Reaktion auf ein Gefühl) sicherstellen wollen, dass Sie nichts mehr daran denken müssen, was passiert ist, aber wenn Sie begreifen können, was in Ihnen vorgeht, kann das beim nächsten Mal hilfreich sein, so dass Ihnen nicht einfach der Film reißt (ermutigt zum Mentalisieren).*

Dieser klinische Dialog ist das Transkript einer Tonbandaufnahme, die Teil eines gerade laufenden Pilotprojekts im Bereich der APS ist, und ist daher sehr genau. Er illustriert einige Aspekte der mentalisierungsbasierten Psychotherapie. Erstens untersucht der Therapeut aktiv die Vorfälle, die mit dem Gewaltakt in Verbindung stehen und er überlässt es nicht dem Patienten, das Thema anschnitten. In unserer Behandlung der BPS untersuchen wir Gewaltakte auf die gleiche Weise wie Selbstmorde und Selbstverletzungen.

Zweitens verdeutlicht der Therapeut, dass er sich bewusst ist, dass das Thema in der Gruppentherapie angesprochen wurde, wobei er darauf hinweist, dass das Material unter den Mitgliedern des Therapieteams vertraulich behandelt wird und nicht der Geheimhaltung eines einzigen Therapeuten unterliegt. Diese Vorgehensweise ist den Patienten vor Beginn der Behandlung bekannt und sollte sie daher nicht überraschen. Patienten mit APS scheinen in der Regel keine Probleme damit zu haben, wohingegen BPS-Patienten sich vielfach über mangelnde Diskretion in den individuellen Therapiesitzungen beklagen.

Drittens versucht der Therapeut, sich auf die Handlung zu konzentrieren und lässt sich nicht leicht von seiner Aufgabe ablenken. Der Patient hilft in dieser Hinsicht insofern, als dass er nicht wirklich versucht, dem Thema auszuweichen. Sollte er das doch tun, wird der Therapeut versuchen, „anzuhalten und stillzustehen“ (*stop and stand*) und die Konzentration auf das Thema so lange wie möglich zu halten.

Viertens versucht der Therapeut, zu einer Betrachtung der psychischen Zustände und inneren Gefühle des Patienten im Detail vorzudringen. Dies ist jedoch schwierig für den Patienten, dem es schwerfällt, seine Gefühlszustände zu identifizieren.

Fünftens sind viele der Feststellungen des Therapeuten inquisitorisch, doch wird dies immer durch eine unterstützende bzw. positiv bestätigende Komponente ausgeglichen. In der MBT versuchen wir üblicherweise, die Dinge aus der Perspektive der Patienten zu sehen, während wir sie ermutigen, sich selbst in andere Perspektiven hineinzuversetzen. Mit der Zeit hoffen wir, innerhalb der Therapiesitzungen selbst zu detaillierterer Arbeit vorzudringen. Der Therapeut in der beschriebenen Sitzung versucht dies, indem er gegen Ende der Sitzung wieder auf den „Blick“ zu sprechen kommt, der Patient weicht dem jedoch schnell aus. Mit seiner Reaktion illustriert er insofern eine nichtmentalisierende Reaktion, als er eine fadenscheinige Erklärung dafür liefert, dass der „Blick“ nicht im Rahmen der Sitzung geschehen kann.

Das rasche Ausweichen des Patienten vor jeglichem Versuch seitens des Therapeuten, über die Gruppentherapeuten zu diskutieren, zeigt die Probleme, die diese Patienten mit Übertragungen haben, was im krassen Gegensatz zu BPS-Patienten steht, die rasch über die Probleme der Patient-Therapeut-Beziehung diskutieren. APS-Patienten neigen zur Vermeidung von Intensität in der Beziehung selbst und Therapeuten müssen dies respektieren, wenngleich sie es nicht völlig vermeiden sollten.

Schließlich äußert der Therapeut auch seine Meinung, wenn der Patient ihm eine direkte Frage stellt, anstatt sie zur Untersuchung an den Patienten zurückzugeben. Patienten im Modus der psychischen Äquivalenz finden die Untersuchung der Psyche anderer Menschen in der Fantasie als Provokation, und Worte können rasch zu Taten werden, wobei sich der Therapeut der Gefahr der Anklage ausgesetzt sieht. Es ist besser, den Patienten in einer Art und Weise über die Gedankengänge des Therapeuten aufzuklären, die zu einem weiteren Dialog ermutigen.

4 Klinische Aspekte und Zusammenfassung

Obgleich wir eine zunehmende Evidenz im Hinblick auf positive Ergebnisse bei der Verwendung von MBT bei BPS-Patienten nachweisen können, haben wir immer noch relativ mangelhafte Informationen über die Wirkung dieser Therapieform bei komorbiden APS/BPS-Patienten. In dem vorgestellten Pilotprojekt verfolgten wir das Ziel, gewalttätige Vorfälle zu reduzieren, indem wir Patienten bei der Aufrechterhaltung ihrer Mentalisierungsfähigkeit an dem Punkt helfen, an dem sie Gefahr laufen, sie zu verlieren. Auf die Mentalisierung zu fokussieren, hält die Patienten in Behandlung, die sich bereits über ein Jahr in regelmäßiger Behandlung befinden. Therapeuten können eine Reduzierung in der Gewaltbereitschaft erwarten, sobald die Gruppen- und Einzeltherapie größere Flexibilität im starren System der Mentalisierung des Patienten ermöglicht. Dies kann nicht auf kurze Sicht geschehen, und deshalb wird die Behandlung für ein Jahr angesetzt, was in vielen Fällen immer noch zu optimistisch erscheint und wo dann ein längerer Zeitraum vonnöten ist.

Wir haben immer betont, dass die Anwendung von MBT für Persönlichkeitsstörungen nicht nur die Konzentration auf Techniken verlangt, welche die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit ermöglichen, sondern auch eine Vermeidung solcher Techniken, die sie zu verringern drohen. Bei Patienten, die gleichzeitig unter APS und BPS leiden, müssen sich die Therapeuten auf die stabileren Aspekte der Psyche konzentrieren, die bei APS zu finden sind, anstatt sich mit den rasch wechselnden psychischen Zuständen der BPS auseinanderzusetzen, die sich innerhalb der Stabilität der APS verbergen. Patienten mit APS empfinden keinen psychischen Schmerz hinsichtlich der psychischen Zustände anderer Menschen, daher wird ein Konflikt, der durch Nachdenken über das Schicksal des Opfers ausgelöst wird, generell keine Änderung des Verhaltens herbeiführen. Diese Methode wäre nur dann hilfreich, wenn diese Art von Konflikt aversiv für die Patienten ist.

In dem im hier beschriebenen Gewaltakt wurde der psychische Zustand des Opfers nicht berücksichtigt, und nicht ein einziger Patient kümmerte sich darum, was dem Opfer zugestoßen war oder was in seinem Kopf vor sich ging und ihn dazu veranlasste, auf die beschriebene Art und Weise zu handeln. Die Unfähigkeit der Patienten mit APS-Symptomen, auf diese Weise psychischen Schmerz zu empfinden, legt nahe, dass sie nicht auf aversive Interventionen wie Auszeitmethode, Verträge oder Bestrafung zu reagieren imstande sind, hingegen jedoch sehr wohl auf den Entzug positiver Stärkung ihrer Selbstachtung reagieren. Die meisten mentalisierungsbasierten Interventionen enthalten einen Aspekt, der dem Patienten fühlen hilft, dass der Therapeut zu verstehen versucht, was in seiner Psyche vor sich geht, anstatt zu versuchen ihn dazu zu bringen, sich irgendeinem vorbestimmten Lebensstil anzupassen. Das übergreifende Behandlungsziel besteht darin, einen Mentalisierungsprozess hinsichtlich solcher Ereignisse, die „einfach passieren“, sowie hinsichtlich verwirrender innerer Erfahrungen in Gang zu bringen.

Literatur

- Bateman, A., Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder – A randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalisation based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2006). *Mentalization based treatment: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Fonagy, P., Bateman, A. (2006). Mechanisms of change in mentalization based therapy of borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 411-430.
- Fonagy, P., Bateman, A. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 83-101.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: The Other Press.
- Gilligan, J. (2000). *Violence: Reflections on our deadliest epidemic*. London: Jessica Kingsley.
- Jaffe, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Taylor, A. (2004). Physical maltreatment victim to antisocial child: Evidence of an environmentally mediated process. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 44-55.
- Kazdin, A. E. (2004). *Psychotherapy for children and adolescents*. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl., S. 543-589). New York: Wiley.
- Shonk, S. M., Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Development and Psychopathology*, 37, 3-17.
- Winnicott, D. W. (1956). The antisocial tendency. In D. W. Winnicott (Hrsg.), *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis*. (S. 306-315). London: Tavistock.

Korrespondenzanschrift: Anthony Bateman, Halliwick Unit, St. Ann's Hospital, St. Ann's Road, London N15 3TH, UK, E-Mail: Anthony@abate.org.uk

Anthony Bateman, St. Ann's Hospital, London; UK; Peter Fonagy, University College London, London, UK.