

# Einführung in eine übertragungsfokussierte, manualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung

Gerhard Dammann, Peter Buchheim, John F. Clarkin, Otto F. Kernberg

## Theoretische Grundlagen

Das übergeordnete Ziel einer psychodynamischen Behandlung von Patienten mit schwerer Persönlichkeitsstörung im Sinne einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation (vgl. Kap. 1.4; Kap. 1.6) ist es, diejenigen zentralen Bereiche der internalisierten Objektbeziehung des Patienten zu verändern, die zu den (für die jeweilige Störung charakteristischen) sich ständig wiederholenden, maladaptiven Verhaltensauffälligkeiten und chronischen affektiven und kognitiven Störungen führen. Von einem objektpsychanalytischen Standpunkt aus könnte man diesen Prozeß wie folgt beschreiben: Rigide und primitive internalisierte Objektbeziehungen werden ebenso wie abgespaltene (z.B. nur gute – nur böse) Anteile in eine reifere, integrierte und flexiblere Form überführt. Dies geschieht in der Arbeit an der Übertragung und am Widerstand durch Deutung dieser Tendenzen. Deutung ermöglicht also integrierende Internalisierung abgespaltener Anteile (vgl. Kap. 3.1).

Nach langjähriger klinischer Erfahrung (Kernberg 1975) haben Vertreter dieses Behandlungsansatzes in den letzten Jahren zunehmend Versuche unternommen, Kriterien zu formulieren, die der Psychotherapieforschung genügen (Clarkin, Koenigsberg et al. 1992), und die Therapie in Richtung einer lern- und lehrbaren Manualisierung zu entwickeln (Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999).

Nach Waldinger (1987) stützt sich die psychodynamische Therapie von Borderline-Patienten auf folgende Grundprinzipien:

- starke Betonung auf die Stabilität des Behandlungsrahmens
- aufgrund der Tendenz von Borderline-Patienten zu projektiven Mechanismen, Verzerrungen und Problemen bei der Realitätstestung ist der therapeutische Umgang aktiver, d.h. auch mehr von verbaler Teilnahme geprägt als bei neurotischen Patienten
- grundsätzliches Anerkennen und tolerierendes Aushalten auch „feindlicher“ Aspekte des Patienten, die sich in der negativen Übertragung manifestieren und mit denen gearbeitet wird
- selbstzerstörerische Verhaltensweisen werden dem Patienten durch Klärung und Konfrontation zunehmend „verunmöglicht“, so daß sie zunehmend Ich-dyston werden und Belohnungsaspekte durch Krankheitsgewinn verloren gehen
- Deutungen werden verwendet, um dem Patienten zu helfen, Brücken zwischen seinen Gefühlen und seinen Handlungen zu errichten
- ausagierendes Verhalten („Acting-out“) wird dadurch blockiert, daß der Therapievertrag den Verhaltensweisen, die den Patienten, andere Personen oder die Therapie gefährden, durch Grenzen Einhalt gebietet
- besonders am Anfang der Therapie erfolgt eine stärkere Fokussierung auf Deutungen im Hier-und-Jetzt und weit weniger auf genetische (d.h. auf die Vergangenheit bezogene) Deutungen
- sorgfältiges Beobachten der Gegenübertragungsgefühle

Das Verfahren der übertragungsfokussierten Psychotherapie (Transference Focused Psycho-

therapy, TFP) (Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999) ist in erster Linie dem objektpschoanalytischen Theoriegebäude Otto Kernbergs verpflichtet. Dieser Ansatz entwickelte sich aus der Tradition der britischen Objektpsychologie (Fairbairn, Guntrip) und aus der (Trieb- und später) Ich-psychologischen Tradition der Behandlung schwerer Störungen, wie sie sich besonders in den 60 und 70er Jahren in den Vereinigten Staaten (etwa der Menninger Clinic) entwickelte. Besonders durch die Ausarbeitung des Konzeptes der „Spaltung“ als Abwehrfunktion (vgl. Kap. 1.6) hat Kernberg Wesentliches zum Verständnis der schweren Persönlichkeitsstörungen beigetragen. Affektiv nicht integrierbare oder differenzierbare Objekt- und Selbstrepräsentanzen werden – zum Schutz – durch jeweils entweder Idealisierung oder Entwertung partialisiert und auf die eigene Person oder eine andere „deponiert“. Dadurch lassen sich zahlreiche der klinisch auffälligen Symptome der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (z.B. emotionale – also intrapersonale – und interpersonelle Instabilität) erklären.

Ausgangspunkt ist also die Vorstellung, daß die Schwierigkeiten des Patienten als im Hier-und-Jetzt erfolgende unbewußte Wiederholungen von pathologischen, internalisierten Beziehungen aus der Vergangenheit zu verstehen sind. Dabei bleiben unbewußte Konflikte in Form von Objektbeziehungen in der Persönlichkeit des Patienten eingebettet. Dadurch sind diese bis in die Gegenwart nicht nur wirksam, sondern werden in Form einer vom Patienten erlebten Realität immer wieder nachvollzogen (Wiederholungszwang). Während bei gesunden oder neurotischen Personen die internalisierten Objektbeziehungen eine gewisse Stabilität aufweisen und zumeist sowohl positive als auch negative Aspekte umfassen (Partialobjektbeziehungen), sind die Objektrepräsentationen, aber auch die Selbstrepräsentanzen des Patienten geprägt vom zentralen Phänomen der Spaltung. Die Schwierigkeit bei der Therapie dieser Patienten ist, daß sich diese Objektrepräsentanzen in Form von Partialobjektbeziehungen (die meist in komplementären Paaren angeordnet sind) oszillierend rasch verändern können. Sie sind zumeist unbewußt, d.h. können zunächst manchmal vom Patienten – auch in ihrem Wechsel – gar nicht wahrgenommen werden.

## Vergleich mit anderen manualisierten Borderline-Therapien

Da es bereits ein spezifisches manualisiertes, behaviorales Verfahren zur Behandlung der Borderline-Störung gibt, die „Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)“ (Linehan 1993a; vgl. Kap. 3.9), deren Wirksamkeit mit den Mitteln empirischer Psychotherapieforschung belegt ist (Linehan, Armstrong et al. 1991), erscheint ein Vergleich mit der TFP angebracht zu sein (vgl. Kap. 3.19). Verglichen wird auch der ebenfalls zum Teil manualisiert wirkende Ansatz von Rockland (1992), der als vorwiegend supportiv und tiefenpsychologisch-orientiert beschrieben werden kann.

Linehans Theorie geht davon aus, daß Borderline-Patienten unter einer (zum Teil biologisch bedingten) Emotionsregulationsstörung leiden. Die Patienten versuchen (z.B. durch Selbstverletzung), Möglichkeiten zu finden, um mit unerträglichen Spannungszuständen umzugehen. Den Patienten wird deutlich gemacht, daß diese selbsterstörerischen Lösungsversuche zunächst einmal nachvollzogen und verstanden werden können (Validierung), daß sie aber mit einem solchen Verhalten auf lange Sicht nicht weiter kommen werden und alternative Möglichkeiten in Anspruch nehmen müssen. Ziel ist also eine Erweiterung der Handlungskompetenz der Patienten. Die Patienten erfahren, daß Schwierigkeiten nicht einfach so auftauchen, sondern daß meistens (oft subtile) Auslöser vorhanden und identifizierbar sind. Die Patienten bekommen zusätzlich eine ganze Reihe von sogenannten Fertigkeiten („skills“) beigebracht, die sie künftig alternativ einsetzen können. Dazu gehören zum Beispiel kognitive Techniken oder Entspannungsübungen. Der Einsatz der „skills“ und der Verhaltensketten wird durch eine Art Tagebuch (diary cards) und Hausaufgaben (homework) überprüft.

Im Gegensatz dazu geht das psychoanalytische TFP-Verfahren davon aus, daß Borderline-Patienten grundsätzlich nicht in der Invalidität einer Emotionsstörung steckenbleiben müssen, sondern daß eine „Überführung“ in ein höheres „strukturelles Niveau“ durch eine erfolgreiche Therapie möglich ist. Das TFP-Verfahren bietet den Patienten keine Vermittlung von Fertigkeiten an. Wir gehen davon aus, daß sich mit einer Besserung, die mit dem zunehmenden Verstehen

und später dem Integrieren der abgespaltenen Partialobjektbeziehungen einhergeht, auch die Verhaltensprobleme verändern und schließlich lösen lassen (vgl. Kap. 3.3). Unserer Meinung nach handelt es sich bei den Verhaltensauffälligkeiten letztlich um Folgephänomene der tiefer liegenden Problematik, die grundsätzlich beherrschbar sind und durch das Setting und den Vertrag in der Therapie handhabbar werden.

Die Gemeinsamkeiten beider Verfahren liegen in der aktiven und konfrontativen Vorgehensweise, im Training und in der Supervision (mit Videoaufnahmen) des Therapeuten sowie in der Verwendung von Instrumenten, welche die Manualtreue (adherence) und die Kompetenz der Therapeuten im Umgang mit dem Manual überprüfen.

Beide Verfahren verwenden ein hierarchisches Vorgehen, wobei insbesondere (para-)suizidale Gedanken und Handlungen stark fokussiert werden. In beiden Verfahren wird „therapieschädigendes Verhalten“ stark beachtet. Beide Verfahren arbeiten schließlich mit einem sorgsam ausgehandelten Therapievertrag.

Vorteile des Linehan-Verfahrens könnten sich besonders für solche Patienten ergeben, bei denen Selbstschädigungen zum „Selbstläufer“ („Sucht“ nach Selbstverletzung [vgl. Kap. 2.10]) geworden sind. Einigen Patienten kommt es auch entgegen, daß spezifische Schwierigkeiten (Sich-Schneiden etc.) als Problemlöseversuch validiert und daß konkrete Fertigkeiten gelehrt werden.

Der Nachteil des DBT-Verfahrens liegt unseres Erachtens darin, daß mit der Beziehungsstörung und der Übertragung nicht (oder höchstens indirekt) gearbeitet werden kann (vgl. Kap. 3.9; Kap. 3.19). Phänomene wie Widerstand (zum Beispiel beim Ausfüllen der Tagebücher) werden einzig als „therapieschädigendes Verhalten“ aufgefaßt und wiederum durch Verhaltensketten erklärt. Ein psychodynamisches Modell, warum ein Patient Besserung will und dennoch alles tut, um diese zu sabotieren, fehlt im DBT-Verfahren. Daß gerade pathologische Muster hoch libidinös besetzt sein können und daher von seiten des Patienten mit Widerstand und Ambivalenz zu rechnen ist, kann in der DBT wenig berücksichtigt werden. Entsprechend problematisch ist die DBT-Therapie mit Borderline-Patienten, die narzißtische Züge aufweisen und weniger durch „Verhaltensexzesse“ als z.B. durch interpersonelle Schwierigkeiten auffallen.

Beide Verfahren haben bei aller Verschiedenheit zum Teil breite und durch klinische Erfahrungen entstandene Übereinstimmungen in den konkreten Vorgehensweisen mit den typischen Krisensituationen dieser Patienten.

Der eher tiefenpsychologische Ansatz von Rockland (1992) unterscheidet sich von dem Kernbergs (z.B. 1993b; vgl. Kap. 3.1) und steht dadurch, daß weit mehr supportive Aspekte eingebaut sind, näher an den psychodynamischen Verfahren etwa von Masterson (1976) oder von Buie und Adler (1982; s. auch Kap. 1.3), aber auch von Linehan (1993a). Der Patient kann z.B. den Therapeuten anrufen, wenn er in einer Krisensituation Schwierigkeiten hat, oder erhält konkrete Verhaltensempfehlungen. Dies bietet sich manchmal für den stationären und tagesklinischen Übergangsbereich an. Letztlich interferieren die supportiven Techniken alle negativ mit einem Ziel der Therapie, nämlich die Autonomie des Patienten zu stärken.

Im TFP-Verfahren werden dagegen, obwohl das Verfahren Abweichungen von der „reinen“ technischen Neutralität kennt, supportive Techniken an sich (insbesondere Ermutigen, Ratschläge geben, aktives Verständnis zeigen für eine Schwierigkeit, aber auch „liebevolles Schimpfen“) nicht angewandt. Wenn der Therapeut den bewußten Impuls hat, supportiv zu handeln, wird er versuchen, diese Gegenübertragungsreaktionen zu verstehen. Geschieht ihm dies unbewußt, muß es in der Supervision untersucht werden.

## Einführung in die Grundlagen des Verfahrens

Bei der TFP handelt es sich um ein Verfahren, das sich nicht ausschließlich auf die Behandlung der eigentlichen „emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ“ nach DSM-IV und ICD-10 (s. Kap. 1.9; s. Anhang) bezieht, obwohl für die Therapie dieses speziellen Störungstyps sicherlich die meisten Erfahrungen vorliegen.

Das Verfahren eignet sich von seinem Grundsatz her auch für die Behandlung anderer Persönlichkeitsstörungen, die nach Kernbergs Auffassung dadurch gekennzeichnet sind, daß eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation im weite-

ren Sinne vorliegt. Kennzeichen der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (Kernberg 1998; vgl. Kap. 1.4) im Gegensatz zur normalen oder neurotischen Persönlichkeitsorganisation sind das Vorherrschen von primitiven Abwehrmechanismen (besonders der Spaltung; vgl. Kap. 1.6), eine Identitätsdiffusion (damit ist die Schwierigkeit oder Unfähigkeit gemeint, kohärente, negative und positive Aspekte umfassende innere Selbst- und Fremdrepräsentanzen zu bilden) sowie Probleme im Bereich der Qualität der Objektbeziehungen. Hinzu kommen häufig Aggression (s. Kap. 1.5) und Probleme im sexuellen Bereich (s. Kap. 2.8).

Das manualisierte Verfahren eignet sich dabei besonders für die sogenannten DSM-IV-Cluster-B-Störungen, die durch ein extravertiertes Muster gekennzeichnet sind: eigentliche Borderline- sowie Histrionische und Narzißtische Persönlichkeitsstörungen. Etwas weniger Erfahrungen liegen mit der Behandlung von (oftmals schwerer gestörten) Patienten des A-Clusters und jener Patienten des C-Clusters vor, die im traditionellen Sinn eher neurotisch zu nennen sind.

Als TFP-Therapeut muß man nicht Psychoanalytiker sein. Allerdings ist eine – meist eigene Selbsterfahrung voraussetzende – fundierte Auseinandersetzung mit der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik notwendig. Ferner muß das schnelle, verständliche und ausreichend tiefgreifende Formulieren von Deutungen oftmals geübt werden. Besonders Psychotherapeuten, die in einer eher supportiv psychoanalytischen (etwa selbstpsychologischen) oder gesprächspsychotherapeutischen (s. Kap. 3.10) Tradition stehen, die vermehrt die „Bedürftigkeit“ oder vergangene Grenzverletzungen von Patienten ansprechen und von einer vorwiegend „haltenden“ Funktion (vgl. Kap. 3.3) des Therapeuten ausgehen, tun sich manchmal schwer mit einem konfrontativen Verfahren. Die TFP wurde zunächst als Einzeltherapieverfahren (primär für die ambulante Behandlung) konzipiert; es erscheinen jedoch gruppentherapeutische Modifikationen in der Zukunft möglich.

Das Verfahren unterscheidet sich von einigen anderen psychodynamischen Ansätzen (Abend, Porder und Willick 1983; Adler 1985; Masterson 1976; Wurmser 1987), die beispielsweise eher die korrigierende Erfahrung und die therapeutisch wirksame Bedeutung des Analytikers als halten-des Selbstobjekt betonen. Die psychoanalytische

Arbeit mit persönlichkeitsgestörten Patienten unterscheidet sich dabei auch in vielen Bereichen – praktisch wie fundamental – von der mit neurotischen Patienten (Dammann 1999). Die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen erfordert oftmals den Einsatz von sogenannten „Parametern“ (Eissler 1953), das heißt Abweichungen vom klassischen psychoanalytischen Setting. Zu den Besonderheiten der psychoanalytischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen finden sich z.B. auch Hinweise bei Liebowitz, Stone und Turkat (1986) sowie bei Stone (1992c).

Die übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) für Borderline-Patienten (Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999) basiert auf den Grundsätzen der Ich-psychologischen und vor allem der objektpsychologischen Psychoanalyse, berücksichtigt aber auch die triebpsychologische psychoanalytische Tradition sowie einige Elemente der kleinianischen Psychoanalyse.

Es handelt sich dabei – neben einigen Ansätzen im Bereich der Angststörungen – um das erste störungsspezifische Manual, das von einem psychoanalytischen Ausgangspunkt her entwickelt wurde. Frühere psychodynamische Therapiemanuale (Luborsky 1984; Strupp u. Binder 1984) bezogen sich eher auf Kurztherapien und supportive Ansätze und waren nicht störungsorientiert.

Die TFP zeichnet sich dadurch aus, daß sie in Form eines lern- und lehrbaren Manuals aufgebaut ist, das insbesondere auch die schwierige Anfangsphase der ambulanten Therapie und Krisensituationen berücksichtigt. Wichtige Besonderheiten ergeben sich außerdem dadurch, daß die Behandlung regelmäßige Supervision mit audiovisuellen Aufzeichnungen beinhaltet. Darüber hinaus können Therapeuten nach einer speziellen reliablen Kompetenzskala bezüglich ihrer Manualtreue beurteilt werden. Somit wird versucht, die Grundvoraussetzungen für die Anwendung im Rahmen einer modernen empirischen Psychotherapieforschung zu erfüllen. Ferner werden Elemente, wie man sie auch in behavioralen Therapien (s. Kap. 3.9) findet, integriert.

Seit der ersten Version des Verfahrens (Kernberg, Selzer et al. 1989) wurden am Personality Disorders Institute der Cornell-Universität, wo es entwickelt wurde, über mehrere Jahre Erfahrungen mit dem Instrument gesammelt und zahlreiche klinische Psychologen und Psychiater in dem Verfahren ausgebildet. Mittlerweile arbeiten

einige Forschungsgruppen damit, u.a. in Stockholm, Mexiko, Montréal und München. Daneben wurden vor allem in den USA zahlreiche empirische Vorarbeiten im Rahmen einer mehrjährigen Förderung durch das National Institute of Mental Health (NIMH) geleistet.

Der Hauptunterschied zur ersten Version liegt in einer inzwischen präziseren und erweiterten Ausarbeitung der Kontraktphase (Yeomans, Selzer u. Clarkin 1992) sowie einer stärkeren Betonung von typischen klinischen Problemsituationen mit Fallbeispielen.

## Wichtige Elemente im Ablauf der Diagnostik und Behandlung

Ein zentraler Gesichtspunkt moderner Borderline-Psychotherapieverfahren ist eine partnerschaftliche Haltung, die dem Patienten gegenüber eine größtmögliche Transparenz einnimmt, was beispielsweise auch Informationen über das Störungsbild, den Sinn des Therapievertrags oder die Arbeitsweise des Therapeuten betrifft, wenn der Patient diese wünscht. Dies bezieht sich insbesondere auf eine realistische, aber nicht pessimistische Information über das Krankheitsbild (vgl. Kap. 3.16; Kap. 3.17). So wird dem Patienten verdeutlicht, daß es sich um eine Störung im Bereich der Emotionsregulation, der zwischenmenschlichen Beziehungen und anderer Bereiche handelt, die nicht schnell zu heilen sein wird. Für viele Borderline-Patienten ist es wichtig zu erfahren, daß das Störungsbild, unter dem sie leiden, dem Therapeuten bekannt ist und sie nicht die einzigen sind, die darunter leiden, auch daß es umfassende Forschungsergebnisse zur Störung und verschiedene spezielle Therapieverfahren dafür gibt. Dies gilt besonders dann, wenn der Patient zahlreiche andere Vordiagnosen erhielt, die immer wieder revidiert wurden, oder wenn der Patient schlichtweg oft nur als „schwierig“ galt.

### Anamnese- und Diagnostik-Phase

Zu Beginn der Behandlung gibt es eine Phase, in der die Vorgeschichte mit biographischen Eckda-

ten, wichtige Ereignisse der Kindheit und Jugend sowie die Abfolge des Auftretens der Symptome und damit einhergehender Belastungssituationen erhoben wird.

Im Gegensatz zu vielen psychodynamisch orientierten Klinikern, die sich bei der Diagnostik eher auf ihre „Intuition“ verlassen („ob man es mit diesen oder jenen Patienten kann“), mißt die TFP der Eingangsdiagnostik eine wesentliche Bedeutung bei, die insbesondere durch die erheblichen prognostischen Implikationen gerechtfertigt ist. Allerdings wird deswegen manchmal der Vorwurf einer „Pathologisierung“ der Patienten gemacht. Unserer Erfahrung nach ist eine rein intuitive Diagnostik jedoch häufig wenig valide. Ein zunächst charmant und intelligent wirkender Patient kann sich nach einiger Zeit als ein Mensch mit malignen narzißtischen und pervertierten Objektbeziehungen erweisen, der vom Therapeuten in erster Linie versorgt werden möchte.

### Phänomenologische Diagnostik

Eine gründliche Diagnostik sollte die Komorbidität der Borderline-Patienten umfassen (vgl. Kap. 1.4; Kap. 1.5; Kap. 1.9; gesamter Abschnitt 2 des Buches). Besonders das Vorhandensein anderer Persönlichkeitsstörungen oder Persönlichkeitsstörungszüge hat eine erhebliche prognostische Bedeutung (Clarkin, Koenigsberg et al. 1992; vgl. Kap. 3.16; Kap. 3.17).

Aber auch innerhalb der Borderline-Störung scheinen sich unterschiedliche „Cluster“ differenzieren zu lassen. Man spricht (Clarkin, Koenigsberg et al. 1992) von einem affektiven (depressiven), einem impulsiven und einem eher durch Identitätsdiffusion gekennzeichneten Cluster (vgl. Kap. 2.3; Kap. 3.16). Schließlich macht es noch einen Unterschied, ob ein Borderline-Patient nur fünf oder deutlich mehr der insgesamt neun DSM-IV-Kriterien erfüllt bzw. welche Kriteriengruppen davon in den einzelnen Fällen erfüllt sind.

### Strukturelle Diagnostik

Die Einschätzung der Struktur ergibt sich nach Kernberg aus den Bereichen Abwehr, Qualität der



Objektbeziehungen, Realitätseinschätzung und Stabilität der Identität; hinzu kommen Aggression, Sexualität und andere Aspekte (s. Kap. 1.4; Kap. 1.6; Kap. 2.8; Kap. 2.13). Zur Testdiagnostik wird auf die Kapitel 1.10 und 1.11 verwiesen.

## Spezielle diagnostische Aspekte

Von wesentlicher Bedeutung für die Erhebung der Anamnese erscheint insbesondere eine subtile Kenntnis folgender Punkte:

### Suizidale Handlungen in der Vergangenheit

Suizidale Handlungen stellen die größte Herausforderung bei der Behandlung von Borderline-Patienten dar: 8 bis 12% aller Patienten suizidieren sich im Laufe ihres Lebens (s. Kap. 2.5). Frühere suizidale oder parasuizidale Handlungen sollten deshalb nicht einfach konstatiert, sondern detailliert in ihrer Auslösedynamik verstanden werden. Dabei müssen sowohl Suizidgedanken wie Suiziddrohungen als auch Suizidhandlungen untersucht und verstanden werden.

Das Ausmaß von parasuizidalen Handlungen ist nur im Rahmen einer offenen Befragung abzuschätzen. Viele Therapeuten vermeiden es zu fragen, ob es zu genitalen Selbstverstümmelungen kommt, die bei sich selbstverletzenden Borderline-Patienten nicht selten sind (s. Kap. 2.10). Grund für dieses letztlich nicht weiterführende Verhalten des Therapeuten ist es, den Patienten nicht zu beschämen.

Es sollte ein Inventar der parasuizidalen Geschichte aufgenommen werden, beispielsweise: erster Suizidversuch (Tabletten; eher appellativ) mit 16 Jahren nach dem Tod der Großmutter; wiederholte Suiziddrohungen (sich vor den Zug werfen) zwischen dem 20. und 22. Lebensjahr während einer problematischen Beziehung etc.

Bei entsprechenden Auslösekonstellationen können ähnliche Suizidversuche oder selbstverletzende Handlungen während der Therapie auftreten. Die genaue Analyse dieser Punkte führt aber auch und insbesondere dazu, daß sich der Patient ernst genommen fühlt. Er wird ferner darauf vorbereitet, daß im weiteren Verlauf der Therapie die Autodestruktivität immer an „hierarchisch prominenter“ Stelle behandelt werden

wird. Die Tendenz der Patienten, nicht näher darüber sprechen zu wollen, wird so unterbrochen.

Zentraler Grundsatz aller Behandlungen von Borderline-Patienten ist es, Suizide zu verhindern, bis es zu einer Stabilisierung kommt. Dabei ist es wichtig, zwischen einer mehr phasenhaft verlaufenden Suizidalität und einer mehr strukturellen „charakterologischen“ Suizidalität zu unterscheiden, die auch nicht mit den typischen Kriterien einer Depression (Morgentief etc.) einhergehen muß (vgl. Kap. 2.3).

### Frühere Therapieerfahrungen

Mit dem Patienten werden frühere Therapien und Therapieabbrüche analysiert: Eine Patientin bricht immer wieder nach ca. vier bis sechs Wochen die Therapie ab, die sie zuvor stark idealisiert hatte, oder ein Patient begibt sich immer wieder (regressiv) in stationäre Therapien, wo es ihm dann „sehr gut geht“, wobei es nach Entlassung regelmäßig wieder zu krisenhaften Zuspitzungen kommt; oder aber es sind die Therapeuten, die in der Vergangenheit die Therapie abgebrochen haben etc.

Der Punkt ist auch deshalb wichtig, da sich genau die entsprechenden Belastungen für die aktuelle Therapie konstellieren könnten. Manchmal können die speziellen kritischen Punkte explizit in den Therapievertrag des Patienten aufgenommen werden. Natürlich sind Patienten, die in der Vergangenheit zahlreiche frühere Therapien „erfolglos“ absolviert haben, anders zu betrachten als solche, die noch nie eine Psychotherapie begonnen haben. Dies betrifft zum Beispiel auch das Angenommenhaben eines „therapeutischen Jargons“.

Während der Diagnostikphase der TFP wird mit dem Patienten (besonders bei Unklarheiten bezüglich des Ablaufs früherer Therapien) darüber gesprochen, daß es wichtig sein kann, mit früheren Therapeuten telephonisch Kontakt aufzunehmen, um deren Sicht zu hören.

Der Therapeut sollte dabei darauf achten, daß er nicht der Verführungssituation erliegt, sich unreflektiert (z.B. wegen projektiver Mechanismen) als derjenige zu empfinden, der als einziger den Patienten versteht, oder sogar frühere Therapien und Therapeuten – gemeinsam mit dem Patienten – zu entwerten.

### Ressourcen und soziale Situation

Wichtig ist die genaue Erfassung der sozialen Situation (Arbeit, Wohnen, Lebensunterhalt, Schulden u.ä.). Dabei sollten aber auch Ressourcen (Interessen und Hobbies) und unterstützende wichtige Bezugspersonen erfaßt werden. Ferner können die gegenwärtige Motivationslage und das Ausmaß der Verbalisierungsfähigkeit abgeschätzt werden.

Im Unterschied zu den meisten anderen Psychotherapieformen werden in der TFP am Anfang die Partner oft einbezogen, obwohl eine kollusive Komponente dieser Paarbeziehungen häufig ist. Der Einbezug des Partners dient dazu, Spaltungen aufzuheben: Ein der Therapie mißtrauisch gegenüberstehender Partner kann so zum „Verbündeten“ der Therapie (nicht des Therapeuten!) gemacht werden. Die langfristig geführten Beziehungen zu Lebenspartnern, die selbst nicht allzu pathologisch sind, stellen einen wichtigen positiven prognostischen Faktor für Borderline-Patienten dar und sollten daher „gestützt“ werden. Auch ist vieles über den Kommunikationsstil des Patienten außerhalb der therapeutischen Situation zu erfahren (vgl. Kap. 4.4).

## Grundelemente der übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP)

### Kanäle des therapeutischen Zugangs

Es gibt drei Zugangsweisen, die dem Therapeuten einen intellektuellen und einführenden Zugang zum Patienten ermöglichen. Sie werden in dem Verfahren als „Kanäle“ bezeichnet (vgl. Kap. 3.1). Um mit diesen Kanälen richtig „aufnehmen“ zu können, bedarf es einer offenen, vorurteilsfreien und akzeptierenden Haltung, die der klassischen „freischwebenden Aufmerksamkeit“ nahekommt. Die Kanäle sind:

- verbale Kommunikation („was sagt der Patient?“; Assoziationen, Träume etc.)
- Handlungen und Affekte des Patienten („wie sagt es der Patient?“; Mimik etc.)
- Gegenübertragungsgefühle des Therapeuten („was löst er in mir aus?“)

Besonders bei schwerer gestörten (aber noch ambulant behandelbaren) Borderline-Patienten

ist häufig eine einseitige Berücksichtigung von Kanal 1 nicht ausreichend, da zentrales Material abgespalten sein kann und deshalb nicht im bewußtseinsnäheren Kanal auftaucht.

Die extreme „Offenheit“ mancher Borderline-Patienten beim Assoziieren kann paradoxerweise zum Teil auch Widerstandscharakter haben und auf die mangelnde Fähigkeit zur vertrauensvollen Intimität hinweisen. Sie ist nur scheinbar eine „freie Assoziation“.

### Ziele

Es werden vier zentrale, aufeinander aufbauende Behandlungsziele definiert, um die Integration durch Übertragungsdeutung zu erreichen und um dem Patienten nach und nach aufzuzeigen, wie er durch Spaltungen die Erfahrung von Ängsten zu vermeiden versucht (vgl. Kap. 1.5). Sie begleiten die gesamte Therapie als eine Art „innerer Richtschnur“.

#### Ziel 1: Definition der dominierenden Objektbeziehungen

Aufzeigen und (metaphorische) Deutung der dominierenden (primitiven Teil-)Objektbeziehungsmuster des Patienten, die sich in der Übertragungsbeziehung zwischen Patient und Analytiker äußern.

#### Erster Schritt: Erfahren und Tolerieren von Konfusion

Borderline-Therapeuten werden oft zu Beginn der Therapie die Erfahrung machen, daß der Patient sie in einen Zustand der Verwirrung bringt: Obwohl der Patient Hilfe sucht, wird er dem Therapeuten häufig begegnen, als sei dieser voller bössartiger und undurchsichtiger Motive. Der Therapeut sollte diese Erfahrung von Konfusion zunächst zu tolerieren versuchen, da sie eine Menge von Information liefert und dem Patienten vermittelt, daß der Therapeut dessen negative Affekte aushalten kann.

#### Zweiter Schritt: Identifizieren der dominierenden Objektbeziehungen

Ein nützlicher Weg, sich den Repräsentanzen der inneren Welt des Patienten, die immer nur indi-

rekt beobachtbar sind, zu nähern, ist es, das Verhalten als eine Art Theaterstück mit Schauspielern, die verschiedene Rollen spielen, aufzufassen. Der Therapeut kann mit der Zeit eine ganze Reihe von typischen „Rollen“ des Patienten identifizieren, die dieser für sich benennen und mit Adjektiven beschreiben können sollte.

Um das Auftreten dieser Rollen besser verstehen zu können, benötigt der Therapeut Informationen über Gefühle, Wünsche und Gegenstände, vor denen sich der Patient fürchtet. Der Therapeut erweitert sein Beobachten um die Beachtung „innerer Zustände“, die mit dem Patienten in Verbindung stehen. Beispiele dafür sind das plötzliche Auftreten von fremdartigen Gefühlszuständen oder intensiven Affekten, drängende Bedürfnisse, eine Rolle einzunehmen oder zu verlassen, oder intrusive Phantasien. Auch dadurch werden die dominierenden Objektbeziehungen zunehmend klarer. Wichtig ist generell auch die Beachtung der Bereiche, in denen mit dem Patienten Einigkeit erzielt werden kann, und jener Bereiche, wo dies zunächst nicht gelingt.

### **Dritter Schritt: Benennen der „Rollen“**

Sobald die „Rollen“ ausreichend klar sind, wird der Therapeut sie auf eine prägnante und beziehungsreiche Art benennen. Sinnvoll ist es, dabei einen Moment zu wählen, in dem die Rolle zwar noch etwas aktiviert, aber der damit einhergehende Hauptaffektsturm schon abgeklungen ist, damit der Patient eine gewisse Distanz einnehmen kann. Der Therapeut sollte dieses Benennen jedoch nicht auf eine omnipotent wirkende Art vollbringen, sondern individuelle Nuancen des Patienten ebenso erläutern wie die des Entstehens seiner eigenen Überlegungen. Ansatzweise werden Affekte und die beteiligten Selbst- und Objektrepräsentanzen miteinander in Verbindung gebracht. Manchmal werden Patient und Therapeut durch das metaphorische Benennen dieser Rollen eine zunehmend intime und verbindende gemeinsame Therapiesprache finden. Dabei ist wichtig, daß der Therapeut dem Patienten nicht Tatsachen mitteilt, sondern Hypothesen – und dies auch so deklariert. Sollte er feststellen, daß er falsch lag, ist es gut, dies dem Patienten gegenüber freimütig zuzugeben.

### **Vierter Schritt: Beachten der Reaktion des Patienten**

Zunächst unabhängig von der faktischen Zustimmung oder Ablehnung, die eine Deutung von wirksamen Rollenpaaren beim Patienten auslöst, ist es wichtig zu beobachten, zu welchen Assoziationen und Veränderungen es in der Interaktion mit dem Therapeuten kommt. Eine genau getroffene Charakterisierung der prädominanten Objektbeziehung kann entweder zu einer weiteren Verstärkung führen oder zu einem schlagartigen „Wechsel“, so daß der Therapeut plötzlich genau das Gegenteil verspürt. Sie kann sich aber auch in tiefergehender Einsicht widerspiegeln, indem sich der Patient mit emotionaler Zustimmung richtig erkennt fühlt und ihm weitere Beispiele für dieses Muster einfallen. Weitere Hinweise für eine korrekte Benennung sind das nachfolgende Auftreten von weiterem, bisher noch nicht berichtetem Material oder von neuen Erinnerungen, die mit dieser Dyade in Verbindung stehen. Möglich sind aber auch eine plötzliche Aktivierung einer vollkommen anderen Objektbeziehungsdyade (vor allem bei zunehmenden Therapiefortschritten) oder aber eine totale Leugnung dieser Punkte durch den Patienten.

#### **Ziel 2: Beobachten und Deuten der Rollenwechsel des Patienten**

Unbewußte, oszillierende Selbst- und Objektrepräsentanzen des Patienten auf sich selbst und den Therapeuten sollen identifiziert und analysiert werden (der Therapeut beschreibt die „Rollenpaare“, z.B. Opfer – Täter). Oft ist es dieselbe Selbst-Objekt-Dyade, die bei einem Rollenwechsel aktiviert bleibt, nun aber durch projektive und introjektive Prozesse in den beiden Personen gewechselt hat. Oft verbergen sich hinter dem plötzlich auftauchenden Gefühl des Therapeuten, den Anschluß verpaßt zu haben oder nichts mehr zu verstehen, solche Rollenwechsel.

#### **Ziel 3: Beobachten und Deuten von Verbindungen zwischen sich abwehrenden Objektbeziehungsdyaden**

Mit der Zeit wird dem Patienten deutlich, daß die Selbst-Objekt-Dyaden nicht einfach als völlig unabhängige abgespaltene, fragmentierte Elemente in seiner Psyche existieren, sondern wiederum mit einer anderen unbewußten Dyade in Verbindung stehen. Diese beiden Dyaden, die



abwechselnd in der Therapie deutlich werden, können auch als die unterschiedlichen Pole von intrapsychischen Konflikten aufgefaßt werden, bei denen es – triebtheoretisch ausgedrückt – um libidinöse und aggressive Besetzungen geht. Das System und die dadurch bedingten Konflikte sind, anders als bei neurotischen Patienten, instabil. Die eine Dyade mit dem ihr zugehörigen Affekt und Trieb steht in Verbindung mit der entgegengesetzten, abwehrenden Dyade und dem dort entsprechenden Affekt und Triebwunsch. Hierdurch können zwischen beiden Dyaden abrupte Wechsel entstehen.

#### Ziel 4: Integrieren abgespaltener Teilobjekte

Die Integration der dissoziierten positiven und negativen Sichtweisen von sich und bedeutungsvollen anderen erfolgt während der Therapie durch die ständige Identifizierung dieser gegensätzlichen Aspekte im Hier-und-Jetzt. Der Therapeut kann diese gegensätzlichen Paare der Selbst- und Objektrepräsentanzen – meist eine verfolgende „nur böse“ und eine idealisierte „nur gute“ Seite – zusammenbringen. Hierfür sind zunächst Monate, später nur Wochen oder auch Tage erforderlich.

Der Patient erkennt schließlich die disparaten Aspekte des Selbst an und versteht die Ursachen für die Spaltung. Dabei bildet sich ein integriertes Konzept von sich selbst und anderen heraus.

### Dominante Objektbeziehungsthemen

Die Integrierungsarbeit des Patienten in seiner inneren „Repräsentanzenwelt“ kann nur in der realen Beziehung zum Therapeuten erfolgen, der den Patienten (in der Regel zweimal wöchentlich) regelmäßig sieht. Die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit des persönlichkeitsgestörten Patienten wird auf seine partialisierten und polarisierten internalisierten Selbst- und Objektbeziehungsrepräsentanzen gelenkt. Diese führen beim Patienten immer wieder zu beängstigenden, undurchschaubaren, gähnend leeren oder verfolgenden subjektiven Erfahrungen. Außerdem erfährt der Patient hier etwas von dem Repertoire an inneren Möglichkeiten, über das der Therapeut im Gegensatz zu ihm verfügt. Die Reflexion über die jeweils aktivierten Beziehungspaare, die sich in

der therapeutischen Situation widerspiegeln, ermöglicht aufgrund ihres metaphorischen Charakters („etwas in Ihnen verhält sich beinahe so ..., als hätte etwas in mir ...“) ein „Entrinnen-Können“, ohne sich gleichzeitig „davonzustehlen“. Für diese Arbeit ist es notwendig, daß die Grenzen des Setting eingehalten werden. Oftmals schwieriger als die Beachtung äußerer Therapiegrenzen ist es jedoch, die zunehmende eigene Involviertheit zu verfolgen.

Beispiele für Übertragungs-Gegenübertragungspaare, die in Therapien wechselnd reaktiviert und gedeutet werden können, sind:

- destruktives, bösartiges Kind – bestrafende, sadistische Eltern
- ungewolltes Kind – vernachlässigende, selbstbezogene Eltern
- mißbrauchtes Opfer – sadistischer Angreifer
- ungezogenes, sexualisierendes Kind – „kastrierende“ Eltern
- sexuell angegriffenes Opfer – Vergewaltiger
- außer-sich-stehendes, wütendes Kind – hilflose Eltern

Trotz der oszillierenden Übertragungen bildet sich zumeist im Laufe der Therapie eine Hauptübertragungslinie aus. Dem Therapeuten wird die Übertragung, wenn sie sich nicht eindeutig erschließt, durch das immer erneute Sich-Stellen folgender Fragen deutlich:

- Warum erzählt mir der Patient das gerade jetzt?
- Wie sieht mich der Patient?
- Wie behandelt mich der Patient?

### Techniken

Die Techniken des Verfahrens werden in den Einzelstunden durch eine konsequente und technisch neutrale Anwendung der psychoanalytischen Grundprinzipien von Klärung, Konfrontation und Deutung umgesetzt (vgl. auch Kap. 3.1; Kap. 3.3).

#### Klärung

Die subjektive Wahrnehmung des Patienten wird minutiös erfragt. Besonders Bereiche, die vage oder konfus wirken, werden so lange geklärt, bis der Therapeut versteht, was der Patient meint und wie der Patient den Therapeuten versteht. Die

Klärung hilft dabei festzustellen, wie weit der Patient das Material, über das er spricht, selbst verstehen kann. Die Klärung dient dazu, mit dem Patienten zunächst die „Oberfläche“ dessen, was er sagt, zu erkunden und zunehmend neue Aspekte hinzuzufügen. Sie signalisiert außerdem Interesse am Patienten und trägt so auch zu für ihn neuen Erfahrungen bei. Therapeuten scheuen sich oft, eine konsequente Klärung durchzuführen, da sie sich dem Druck des Patienten nach sofortigem Verstehen beugen. Das Nicht-Verstehen dagegen wird entwertet. Der Therapeut muß also der Versuchung widerstehen, dem Patienten zu signalisieren, ihn von Anfang an ganz zu verstehen. Die Klärung dient auch dazu, der Konfusion des Patienten, die der Therapeut verspürt, strukturierend zu begegnen.

Beispiele für Klärung sind: „Was meinen Sie damit, wenn Sie sagen, Ihre Mutter war eine ‚Heilige‘?“ – „Sie sagen, Sie waren ein ganz ‚durchschnittlicher Teenager‘, was meinen Sie damit?“

Oft ermöglicht es erst die genaue Klärung, daß Selbstüberschätzungen, Verleugnungen oder Realitätsverzerrungen der Patienten mit Persönlichkeitsstörungen ausreichend deutlich werden. Der Ansatz weist eine gewisse Nähe auf zu der von Reich postulierten, allerdings damals kaum in tatsächlichen Therapien umgesetzten Charakteranalyse durch stringente „Widerstandsanalyse“: „Wir verfahren dabei so, ... daß wir den Charakterzug dem Patienten wiederholt isoliert vorführen müssen, so lange, bis er Distanz gewonnen hat und sich dazu einstellt, wie zu einem Symptom. Denn durch die Distanzierung und Objektivierung des neurotischen Charakters bekommt dieser etwas Fremdkörperhaftes“ (Reich 1928, S. 189).

### Konfrontation

In der Klärung besprochene Bereiche, die widersprüchlich oder konflikthaft erscheinen, werden dem Patienten taktvoll konfrontierend mitgeteilt. Auch Bereiche, die weiterer Klärung bedürfen, werden angesprochen. Häufig werden auch Diskrepanzen zwischen den drei Kommunikationskanälen des Patienten (verbal, nonverbal und Gegenübertragung) aufgezeigt.

Die Konfrontation ist – wie die Klärung – besonders am Anfang der Therapie sehr wichtig: Dem Patienten bewußte und unbewußte Aspekte werden ihm verdeutlicht, indem wenig verbundene Inhalte des Patienten zusammengefügt werden. Konfrontation wird gelegentlich vom Patienten als feindlicher Angriff erlebt und sollte daher möglichst ruhig und sachlich erfolgen.

Beispiele: „Als Sie vorhin darüber sprachen, daß es Ihnen so schlecht ging, daß Sie sich schneiden mußten, haben Sie etwas gelächelt. Was meinen Sie dazu?“ – „Am Anfang der Stunde haben Sie mir gedankt, daß ich Ihr Therapeut geworden bin. Und jetzt sagen Sie mir, daß ich Ihnen gar nichts bringe, und daß Sie hier ihre Zeit verschwenden. Wie bringen Sie diese beiden Punkte zusammen?“

### Deutung

Die Deutungen erfolgen im Hier-und-Jetzt und vorwiegend bezogen auf die Therapeuten-Patienten-Beziehung. Sie dienen dem Bewußtmachen von zunächst noch unbewußt wirksamen Objektbeziehungen, die entweder agiert oder als Symptom wahrgenommen werden.

Bei der Arbeit mit der Technik der Deutung müssen folgende Aspekte beachtet werden:

### Klarheit

Deutungen werden oft etwas zögernd formuliert, was als Ausdruck einer Gegenübertragungsreaktion verstanden werden kann. Deutungen sollen klar und direkt formuliert sein und sich auf die äußere Realität sowie die innere Dynamik beziehen. Besonders bei „schwierigen“ Deutungen, die für den Patienten zudem noch belastend sind (wenn es etwa um seine Aggression geht), kann es empfehlenswert sein, eine kurze „supportive“ Einleitung zu geben: „Es kann sein, daß Sie das, was ich Ihnen jetzt sagen will, als Kritik empfinden werden ...“.

### Schnelligkeit

Deutungen verlieren an Effektivität, wenn sie nicht mit der nötigen Schnelligkeit und nicht zum richtigen Zeitpunkt gegeben werden.

Der Therapeut sollte möglichst rasch dann eine Deutung formulieren, wenn er

- den Eindruck hat, daß er sich über das, was er als Deutung formulieren möchte, klar genug ist
- zur Überzeugung gelangt, daß die Deutung zu einer Erweiterung der Selbsterkenntnis des Patienten führen könnte
- es für unwahrscheinlich hält, daß der Patient ohne diese Deutung selbst zu diesem Punkt gelangen würde

### Treffsicherheit und Tiefe

Damit eine Deutung ausreichend treffsicher und tief ist, müssen folgende Prinzipien der Deutungsarbeit berücksichtigt werden:

**Ökonomisches Prinzip:** Deutungen sollten mit dem zentralen Affekt, der in der Therapiestunde deutlich wird, in Verbindung stehen. Typischerweise gehört dieser Affekt auch zur die Übertragung dominierenden Objektbeziehung.

**Dynamisches Prinzip:** Deutungen sollten die intrapsychischen konflikthaften Kräfte und ihren Niederschlag in den Objektbeziehungsdynamen fokussieren. Die Deutungen durch den Therapeuten gehorchen dabei in der Regel folgendem Prinzip: von der Oberfläche zur Tiefe und von der Abwehr über die motivationale zur Triebseite hin.

**Strukturelles Prinzip:** Berücksichtigung der Strukturen von Es, Ich und Über-Ich bei der Abwehr und Triebseite; zusätzlich vor allem Beachtung der im Dienste der Abwehr und der Triebe stehenden Objektbeziehungsdynamen.

Eine im Sinne der TFP wenig treffsichere Deutung wäre beispielsweise, wenn ein Patient am Anfang der Stunde ärgerlich auf den Therapeuten wirkt und einen Traum erzählt, den der Therapeut inhaltlich (d.h. auf seinen manifesten oder latenten Gehalt hin) deutet. Dagegen wäre eine Deutung vorzuziehen, die den Affekt am Anfang der Stunde aufgreift (und nur im Falle eines inhaltlichen Zusammenhangs den Trauminhalt einbezieht).

Nun ein als treffsicherer zu bewertendes Beispiel: Ein Therapeut, der über mehrere Monate mit einer sich entziehenden und zurückhaltenden Borderline-Patientin gearbeitet hatte, bemerkt zu dieser: „Sie verhalten sich so, als hätten Sie keinerlei Gefühle mir gegenüber. Ich glaube aber, daß diese äußerli-

che Gleichgültigkeit Ihre Gefühle überdeckt und Sie auch vor diesen schützt. Das hängt zusammen mit einer tiefen Auseinandersetzung, die Sie mit mir haben, und mit dem Wunsch, daß ich mich um Sie kümmere. Ich stütze diese Überlegung auf eine Reihe von Beobachtungen. Zum Beispiel kommen Sie immer etwas früher zu Ihrer Stunde und wirken, als würden Sie ängstlich auf mich warten. Auch wenn ich mal eine Zeit abwesend bin, sagen Sie zwar, daß dies für Sie keinen Unterschied macht. Aber Ihr Gesichtsausdruck wirkt dabei besorgt und ängstlich. Wenn das, was ich sage, zutrifft, wäre der nächste Schritt, zu verstehen, warum es für Sie so schwierig ist, Ihr Bedürfnis nach Nähe mit mir wahrzunehmen und einzugestehen.“

### Deutungsrelevante Ebenen der Abwehr und der Objektbeziehungen

Das Deuten kann auf drei Ebenen erfolgen:

- Die Deutung kreist um die Ebene des „Ausagierens“ oder der primitiven Abwehrmechanismen, die dazu dienen, das Wahrnehmen von inneren Erfahrungen zu vermeiden. Die wichtigsten primitiven Abwehrmechanismen, die gedeutet werden können, sind Spaltung, primitive Idealisierung, Omnipotenz und Entwertung, Projektive Identifikation, Projektion und Verleugnung (zum Umgang mit den einzelnen Phänomenen s. TFP-Manual [Clarkin, Yeomans u. Kernberg 1999; vgl. Kap. 1.6]).

Hier ein Beispiel für das Deuten einer häufigen Projektion – nämlich von libidinösen inneren Anteilen auf den Therapeuten – bei chronisch suizidalen Borderline-Patienten, die immer wieder sagen, daß sie sich längst umgebracht hätten, wenn der Therapeut sie nicht davon abhalten würde: „Sie sagen, daß Ihr Wunsch, tot zu sein, absolut sicher ist und daß ich es bin, der Sie fast störend daran hindert. Dies ist eine gefährliche und nicht ganz einfache Situation, wie ich denke. Ich meine nämlich, daß es in Ihnen einen Konflikt gibt und daß Sie nicht so hundertprozentig mit dem Wunsch, tot zu sein, identifiziert sind, wie Sie sagen. Ich schließe das zum einen aus der Tatsache, daß Sie eine Therapie begonnen haben. Auch daß

Ihre Suizidversuche bisher nicht gelangen, zeigt, daß Sie, was diesen Wunsch angeht, in Wirklichkeit einen Konflikt haben. Sie ziehen es jedoch vor, diesen inneren Konflikt zu vermeiden, und verlagern ihn statt dessen auf andere, einschließlich meiner Person. Dies ist ein gefährliches Spiel, da es tatsächlich zu Ihrem Tod führen könnte. Es ist wichtig, den Konflikt in Ihnen selbst anzuerkennen und mit der Seite zu arbeiten, die Sie leben lassen möchte, ganz gleich, wie schwach diese Seite gerade ist.“

- Deuten einer offensichtlichen und aktivierten Objektbeziehung, indem die Selbst- und Objektrepräsentationen in der Dyade sowie die Rollenumkehr dieser Dyade sichtbar werden.
- Deutung der Objektbeziehungen, die durch die gegenwärtig aktivierte Objektbeziehung geschützt werden. Eine solche Deutung könnte erfolgen, wenn dem Therapeuten auffällt, daß der Patient nach jeder Therapie-stunde, in der positive emotionale Gefühle auftauchen, in der nächsten Stunde bissig und schweigsam erscheint.

Spaltung darf dabei jedoch nicht als ein schlichtes Nebeneinander von positiven Selbst- und negativen Objektrepräsentationen gesehen werden. Die Spaltung zwischen den voneinander völlig getrennt gehaltenen Dyaden dient paradoxerweise dazu, daß die „haßerfüllten“ Dyaden mit positiven, liebenden Gefühlen kontaminiert werden. Bei Borderline-Patienten kann ein eindeutiges, unhinterfragtes Gefühl von Haß dazu dienen, jene Konfusionsgefühle zu verhindern, die von der Identitätsdiffusion herrühren. Besonders am Anfang der Therapie befinden sich negative dyadische Objektrepräsentationen näher an der Oberfläche und sind damit zugänglicher. Dagegen ist die internalisierte Erfahrung von Liebe und Geschütztsein weit verborgener und zerbrechlicher.

### Zeitpunkt der Deutung

Das TFP-Verfahren zeichnet sich dadurch aus, daß die Arbeit mit Deutungen bereits sehr frühzeitig im Therapieverlauf erfolgt.

Ein Beispiel, wenn eine Patientin in der zweiten Stunde nach der „Vertragsphase“ bereits hartnäckig längere Zeit schweigt: „Obwohl wir vereinbart haben, miteinander zu arbeiten, haben Sie die erste Hälfte dieser Sitzung nichts gesagt, mich mit geneigtem Kopf und trotzigem Gesichtsausdruck angeschaut. Dies wirkt auf mich so, als wäre das Schweigen ein Triumph für Sie. Und so, als würde im Gegensatz dazu Sprechen weniger Arbeiten als vielmehr Unterlegen-Sein bedeuten. Es ist so, als ginge es einzig um einen Machtkampf, wer den anderen wird dominieren können. Dies entspricht ja auch Ihren früheren Beziehungen. Wenn ich recht habe, ist es wesentlich, daß wir nun über diesen Machtkampf sprechen, den Sie hier erleben. Die Alternative wäre, die Therapie abubrechen. Das würde zwar zu einem kurzen Triumphgefühl führen, Ihnen aber letztlich nicht die Hilfe bringen, die Sie benötigen.“

Neben dem technisch klaren und schnellen sowie treffsicheren und ausreichend tiefen Formulieren der Deutung ist aber darüber hinaus wichtig zu beachten, wie der Patient mit den Deutungen umgeht: Hört er zu? Empfindet er sie als narzißtische Kränkung? Oder vielmehr als Geschenk, das er vom Therapeuten erhält?

Damit die Deutungen eine wirksame Tiefe erreichen können, wird immer zunächst von dem beobachtbaren Verhalten ausgegangen. Erst später im Laufe der Therapie kommen genetische Deutungen hinzu.

### Regeln

Die Regeln der TFP-Behandlung sind Vorgehensweisen, die dem Therapeuten dazu dienen, seine Interventionen anzubringen.

- Auswahl eines Hauptthemas der Stunde, einschließlich von Notfallsituationen und anderen Prioritäten (nach hierarchischen Gesichtspunkten) und im Hinblick auf den dominierenden Affekt und das Übertragungsgeschehen.
- Schutz des Behandlungsrahmens und Setzen von Grenzen; Minimierung eines sekundären Gewinns. Dem Ausagieren werden Grenzen gesetzt, um das Erscheinen und die Interpreta-

tion der darunterliegenden Affekte und Konflikte in der Übertragung zu erleichtern.

- Bewahren der technischen Neutralität und der begründeten Ausnahmen davon (s. u.).
- Ausgehen von der Grundlage gemeinsam geteilter Realitätseinschätzungen bei den Interventionen. Diese können dann zunehmend in Richtung inkompatibler (z.B. mit Verzerrungen in der phantasierten Realität des Patienten zusammenhängender) Sichtweisen von Patient und Therapeut ausgedehnt werden.
- Analysieren der positiven wie auch der negativen Aspekte der Übertragung, um zu verhindern, daß die Übertragung rein negativ oder rein positiv gesehen wird.
- systematisches Analysieren und Deuten primitiver Abwehr und der sich damit in der Übertragung manifestierenden Objektrepräsentanzen. Dies stärkt das Ich des Patienten, kann aber kurzfristig dadurch eingeschränkt werden, daß der Patient seine Projektion wieder „zurücknehmen“ muß, was für ihn ja intrapsychische Probleme mit sich bringt.
- Beibehaltung einer fortdauernden Aufmerksamkeit für die Vorgänge der Gegenübertragung; Integration dessen, was man daraus für den interpretativen Prozeß lernt.

Die Gegenübertragungsanalyse des Therapeuten erfordert die Beachtung sowohl von konkordanten wie von komplementären Gegenübertragungsaspekten, wie sie Racker (1968) in seiner klassischen Arbeit dargelegt hat. Häufig wird u.E. insbesondere die konkordante Form zu wenig als Gegenübertragungsreaktion verstanden, sondern als Zeichen einer guten therapeutischen Beziehung fehlgedeutet.

### Hierarchisches Vorgehen

Die psychoanalytische Therapie der Persönlichkeitsstörungen entwickelte in den letzten Jahren parallel zur Verhaltenstherapie – und in diesem Punkt auch von ihr beeinflusst (Linehan 1993a) – eine Technik, die ein „hierarchisches“ Vorgehen vorsieht. Dies ist besonders am Anfang der Behandlung wichtig. In typischer Weise berichten Borderline-Patienten dem Therapeuten oftmals bereits in den ersten Minuten einer Therapiestunde eine Fülle von neuen Ereignissen, Träumen, interpersonellen Katastrophen und impulsiv-

ven Verhaltensweisen, die seit der letzten Stunde geschehen sind. Dies macht es für den Therapeuten schwierig, ein Thema zu fokussieren und mit dem Patienten durcharbeiten. Es wird deshalb auch für das TFP-Verfahren ein hierarchisches Vorgehen vorgeschlagen. Hierzu gehört insbesondere die starke Beachtung von Suizidalität und von parasuizidalen Handlungen (Selbstverletzungen, Intoxikationen u.ä.) sowie jedes den Fortgang der Therapie gefährdende Verhalten (ständiges Versäumen der Stunden etc.). Gerade bei chronisch suizidalen Patienten besteht die Gefahr, daß sich Patient und Therapeut an die Suizidalität oder Parasuizidalität quasi „gewöhnen“ und sie dann nicht mehr fokussieren. Erst wenn keine „Hindernisse“ vorliegen, kann man sich den anderen offenen Übertragungsäußerungen zuwenden.

### Hindernisse bei der Exploration der Übertragung

- Suiziddrohungen oder Gefährdung des Lebens anderer Personen
- offene Bedrohungen der Weiterführung der Behandlung (z.B. finanzielle Probleme, Pläne zum Verlassen der Stadt, Aufforderungen zur Reduzierung der Frequenz der Sitzungen)
- Unehrlichkeit oder bewußtes Verschweigen von relevanten Tatsachen (z.B. Anlügen des Therapeuten, Verweigerung des Ansprechens bestimmter Themen, Schweigen während des größten Teils der Sitzungen)
- Vertragsbrüche (z.B. Ablehnung der Suche eines anderen therapeutischen Ansprechpartners, selbst wenn dies zuvor ausgemacht worden war, Verweigerung der verschriebenen Medikation)
- Agieren während der Therapiestunde (z.B. Zerstören von Büromobiliär, Weigerung, nach der Stunde zu gehen, Schreien)
- Agieren zwischen den Stunden (gerade auch gegenüber dem Therapeuten, z.B. „Telefonterror“)
- Ansprechen belangloser oder emotional irrelevanter Themen

Natürlich sind diese „Hindernisse“ von größter Bedeutung für die Untersuchung der Übertragung. Sie bieten also Möglichkeiten, die psychodynamische Bedeutung dieser Verhaltensweisen zu untersuchen – jedenfalls, solange sie die Therapie nicht zum Entgleisen bringen.



## Offene Übertragungsäußerungen

Sofern keine (im Sinne der TFP hierarchisch) relevanten Hindernisse für die Exploration der Übertragung festgestellt werden können, werden folgende Bereiche beachtet und bearbeitet:

- Äußerungen, bei denen sich der Patient direkt verbal auf den Therapeuten bezieht
- bewußtes oder unbewußtes „Acting-in“ in den Stunden (wenn z.B. Patientinnen ihren Körper in offen verführerischer Weise darbieten)
- Übertragungsäußerungen, die vom Therapeuten als solche aufgefaßt werden (z.B., wenn sich der Patient auf andere Ärzte bezieht)

## Affektgeladenes Material ohne Übertragungsbedeutung

Im Sinne der TFP sind Äußerungen hierarchisch weniger bedeutsam, die vom Patienten zwar stark affektiv vorgebracht werden, aber keine erkennbare Übertragungsbedeutung haben – im Vergleich zu weniger emotional dargebotenen Punkten, die dafür jedoch eine klare Übertragungsbedeutung aufweisen.

## Abweichungen von der psychoanalytischen Neutralität

Das Verfahren ist um die Analyse der Übertragung zentriert. Die im Verhalten sichtbaren Aspekte wie emotionale Labilität oder selbstverletzende Verhaltensweisen (vgl. Kap. 2.10) werden letztlich als behaviorale Epiphänomene der eigentlichen Borderline-Pathologie angesehen. Durch Strukturierung und strikte Beachtung der Setting-Grenzen gelingt es, dramatische Verhaltensmanifestationen zu reduzieren und der affektiven Bearbeitung zugänglich zu machen.

Besonders am Anfang der Therapie ist es jedoch notwendig, mit dem Patienten Regelungen für den Fall zu treffen, daß auf der Verhaltensstufe schwerwiegende Probleme auftauchen, die nicht einfach hingenommen werden. Eine Möglichkeit bei der TFP ist beispielsweise, mit einer sich selbst verletzenden Patientin die Vereinbarung zu treffen, daß sie bei jeder blutenden Selbstverletzung eine chirurgische Notaufnahme aufsucht. Gelegentlich wird es notwendig werden, die technische Neutralität (insbesondere keine Anweisungen zu geben) kurzzeitig aufzugeben.

Ein weiteres Beispiel: Eine Patientin fängt an, sich ohne Verwendung von Präservativen zu prostituieren, schützt sich also nicht vor Geschlechtskrankheiten (einschließlich HIV). Mit ihr kann, ja muß besprochen werden, daß dieses Verhalten im Rahmen der Therapie nicht zu tolerieren ist; die Gründe hierfür werden natürlich umfassend erläutert. Allerdings scheint es wichtiger zu sein, daß man – sobald dies möglich ist, also sobald sich die Patientin in dem Bereich stabilisiert hat – mit der Patientin zusammen (im Sinne der Ziele) betrachtet, welche Bedeutung (auf der Übertragungs- und Gegenübertragungsebene) es hatte, daß die Patientin den Therapeuten dazu gebracht hat, über sie mit Verboten zu verfügen.

In manchen Fällen gelingt es Patienten aufgrund ihrer schweren Ambivalenz in Krisen nicht mehr, in die Therapie zu kommen, z.B. nach einer stationären Krisenintervention. Der Therapeut kann dann den Betreffenden anrufen, um ein klärendes Gespräch anzubieten.

Neutralität im psychoanalytischen Sinne bedeutet nicht Teilnahmslosigkeit und schließt auch Sympathie (oft als Empathie, also Einfühlung, deklariert) nicht aus (vgl. Kap. 3.3). Wenn eine Patientin berichtet, daß sie – statt in die Schule zu gehen – stundenlang die Bahngleise anstarrt, könnte der Therapeut sagen: „Schauen Sie, ich möchte, daß Sie am Leben bleiben. Aber ich kann dies weder kontrollieren noch garantieren. Was Sie hier versuchen, ist, daß Sie jenen Teil von Ihnen, der für Ihr Weiterleben ist, an mich abtreten, damit Sie sich noch stärker und freier identifizieren können mit dem Teil, der möchte, daß Sie nicht weiterleben ...“. So wird ein Bündnis mit den „gesunden, aber verborgenen“ Seiten der Patienten eingegangen.

## Supervision

Das TFP-Verfahren sieht für die Therapeuten eine regelmäßige (d.h. wöchentliche bis 14tägige) Supervision in der Gruppe vor. Die Supervision wird dabei von einem mit dem Verfahren vertrauten Psychoanalytiker geleitet, ist aber durchaus auch als eine Art von Intervision zu verstehen, da die meisten Therapeuten klinisch erfahren sind.

Für die Supervision in der Gruppe werden in der Regel Video- oder Tonbandaufnahmen der Sitzungen mit dem jeweils vorgestellten Patien-

ten verwendet. Gedächtnisprotokolle genügen meist nicht.

Die Aufgabe des Supervisors ist es, darauf zu achten, daß der Therapeut sich an das Manual hält, das heißt u.a.

- Hierarchien beachtet
- nicht supportiv wird
- verständliche Deutung gibt

Dem Supervisor steht eine speziell für das Verfahren entwickelte Skala („Adherence and Competence Rating Scale“) zur Beurteilung zweier Punkte zur Verfügung:

- Adhärenz betrifft die Beurteilung, ob und bis zu welchem Grad der Therapeut das tut, was im Manual vorgesehen ist (Manualtreue): Arbeit mit der Übertragung im Hier-und-Jetzt, Vermeiden von supportiven und behavioralen Techniken.
- Mit der Beurteilung der Kompetenz ist gemeint, ob der Therapeut die Elemente des Verfahrens so umsetzt, daß Deutungen klar sind, die richtige Schnelligkeit haben, treffsicher sind (d.h. greifen können) und in einer angemessenen „Tiefe“ formuliert sind.

Daneben hat die Supervision die Aufgabe, dem Therapeuten – besonders in Krisensituationen – bei der Identifizierung des zentral wirksamen Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens zu helfen. Manchmal dient die Supervision der Ermutigung, damit die Therapie mit diesen oft schwierigen Patienten weitergeführt werden kann, wenn der Therapeut innerlich die Behandlung schon aufgegeben hat (was mit Übertragungsprozessen, aber auch Gegenübertragungen [vgl. Kap. 1.7] im Zusammenhang steht).

## Kontraktphase

Im Gegensatz zu vielen anderen psychodynamischen Therapien, wo der Therapievertrag oft darauf beschränkt ist, die Frequenz, die Stundentermine und die Bezahlung sowie das Ausfallhonorar zu klären, werden bei diesem Verfahren für die Kontraktphase mehrere Stunden (ca. 2 bis 4) aufgewendet.

Die Kontraktphase sollte dabei nicht „glatt“ ablaufen: Das Engagement des Patienten zeigt sich oft gerade dadurch, daß er in manchen Punk-

ten, die man ihm vorschlägt, widerspricht. Es sollte dabei darauf geachtet werden, daß dem Patienten nicht einfach irgendwelche Bedingungen aufoktroiert werden, sondern daß diese an seine eigenen Wünsche und Anforderungen an den Therapeuten angepaßt werden: „Ich verstehe zwar, was Sie meinen oder möchten, aber ich denke, daß ich dies aus diesen und jenen Gründen ... nicht erfüllen kann.“

Das Kontraktsetting sollte nicht beendet werden, bis folgende Punkte geklärt sind:

- die Therapie kann erst nach Abschluß des Kontraktes starten
- vorhersehbare Bedrohungen für die Therapie
- der Unterschied zwischen einem echten Notfall und chronischer Suizidalität
- die Verantwortungsbereiche von Therapeut und Patient
- die Therapie kann nur erfolgen, wenn bestimmte Punkte beachtet werden
- Regeln bezüglich Telefonanrufen

Der Kontrakt muß nicht schriftlich erfolgen; es genügt, daß beide Seiten (Therapeut und Patient) über seinen Inhalt genau Bescheid wissen.

Obwohl die Kontraktphase selbst offiziell noch nicht Teil der Behandlung ist, führt sie doch bereits zu einer Stärkung der beginnenden therapeutischen Beziehung. Ein gutes Kontraktsetting beinhaltet für den Patienten die wichtige und oft ganz neue Erfahrung, in seiner Fähigkeit zu verbindlichen Erklärungen ernst genommen und in seinen Möglichkeiten und Beschränkungen verstanden zu werden.

## Allgemeiner Teil

Die Vereinbarungen entsprechen im wesentlichen den üblichen Punkten wie Pünktlichkeit, Regelmäßigkeit, Finanzierung. Der Patient wird darauf aufmerksam gemacht, daß er in der Therapie keine konkrete Hilfe oder Ratschläge erwarten darf, obwohl er das manchmal vielleicht gerne möchte. Der Patient wird ferner auf die psychoanalytische Grundregel hingewiesen, alles offen mitzuteilen, was ihn in der Stunde beschäftigt – auch wenn es Peinliches oder scheinbar Nebensächliches betreffen sollte.

Es kann mit dem Patienten (wenn er etwa mit seiner sozialen Situation überfordert ist, Schulden hat etc.) besprochen werden, daß er zusätzlich einen Sozialberatungsdienst aufsuchen kann.

Es kann diskutiert werden, daß ein Patient, der ein Suchtproblem hat, neben der Therapie eine suchtspezifische Gruppe besucht oder eine Gruppe zum Erlernen der Muskelrelaxation nach Jacobson oder (falls eine ausgeprägte Soziale Phobie vorliegt) ein Selbstsicherheitstraining.

Der Patient wird über die Notwendigkeit des Einsatzes audiovisueller Techniken und (gegebenenfalls) Fragebögen informiert. Die auf wenige Bereiche ausgedehnte Verwendung (Supervisionen) und die Anonymisierung auch von Testdiagnostiken werden ihm zugesagt (Schweigepflicht).

Der Therapeut spricht aber auch von seinen eigenen Verantwortungsbereichen. Dies betrifft insbesondere seine Verpflichtung, zu den vereinbarten Stunden da zu sein und für Sitzungen, die zwingend ausfallen müssen, Ersatzstunden möglichst in derselben Woche anzubieten.

Ferner erfährt der Patient, daß der Therapeut versuchen wird, zuzuhören und zu verstehen und durch Deutungen das wiederzugeben, was er verstanden hat – selbst wenn es manchmal an diesem Punkt zu Schwierigkeiten kommen wird.

### Spezifischer Teil

Insgesamt ermöglicht es die Kontraktphase, Schwierigkeiten, die in der Therapie auftauchen können, antizipierend zu besprechen. Der Patient erfährt so, daß der Therapeut kompetent ist, weil er die Probleme kennt und sich nicht scheut, diese offen darzustellen.

Es ist wichtig für das Gelingen der Therapie, daß der Therapeut bereits während der Kontraktphase (aber auch später) ein Gefühl von „Handlungsspielraum“ beibehalten, d.h. konstruktiv und mit „freischwebender Aufmerksamkeit“ arbeiten kann und sich nicht unter Druck gesetzt fühlt. Verkürzungen in der Kontraktphase sollten vermieden werden (im Stile etwa von „naja, man wird ja dann sehen ...“). Beide, Therapeut und Patient, müssen einwilligen. Somit kann mit manchen dieser ambivalenten oder destruktiven Patienten eine Therapievereinbarung und damit eine Therapie nicht zustande kommen.

Ein Beispiel für eine nicht im Kontraktsetting auflösbare Haltung: Die Patientin bleibt bei ihrer Meinung, daß es nur Sinn hat, einen Therapeuten zu haben, wenn dieser „ganz für mich da ist“, sich um sie kümmert und in Krisen

jederzeit zu ihr kommt – „sonst bräuhete ich ja keinen Therapeuten zu haben. Die meisten Therapeuten sind jedoch so egoistisch, daß sie sich dazu nicht bereit zeigten.“ Eine solche Haltung – wenn sie sich nicht analysieren läßt – ist nicht mit TFP vereinbar.

Gerade weil das TFP-Verfahren keine Methode der Vermittlung von Fertigkeiten (skills) darstellt, muß die Kontraktphase gründlich erfolgen. Die theoretische Grundannahme beinhaltet, daß alle Symptome, wenn sie in einem durch den Kontrakt geschützten Setting verstanden und integriert werden können, auch vom Patienten aufgegeben werden können. Natürlich gibt es Fälle, bei denen Symptomatiken entstanden sind, die wegen ihrer selbstverstärkenden Wirkung oder dem massiven sekundären Gewinn nur noch schwer über einen Vertrag eingeschränkt werden können. Dann können sukzessive Verträge je nach Stand der Fortschritte abgeschlossen werden.

Ein typisches Beispiel für eine Spezialvereinbarung mit einer anorektischen Borderline-Patientin im Rahmen der Kontraktphase könnte sein, daß sie vor Beginn der Therapie ein bestimmtes kritisches Gewicht wieder überschritten haben muß und daß sie dafür zunächst in eine Klinik geht. Danach wird sie sich wöchentlichen Gewichtskontrollen bei einem Internisten unterziehen. Sollte das Gewicht unter einen definierten Wert sinken, käme es z.B. zu einer Unterbrechung der Therapie.

### Eingangsphase der Behandlung

Nach der Kontraktphase wird sich die Behandlung am Anfang besonders auf die hierarchische Beachtung der für den Patienten typischen Problembereiche konzentrieren (beispielsweise Kleptomanie und häufiges Zuspätkommen), die ihren Ausdruck auch auf der Übertragungsebene finden. Die Bearbeitung dieser Bereiche führt dann zu einer zunehmenden Vertiefung der Beziehung und zu weiteren Konfliktfeldern.

Häufige zusätzliche Schwierigkeiten, gerade am Anfang der Therapie, finden sich in folgenden Feldern:

- Schwerwiegende soziale Beeinträchtigungen stellen eine erhebliche sekundäre Problematik dar. Der Patient erhält Sozialhilfe oder eine

Rente und hat sich damit nicht nur abgefunden, sondern „schätzt“ diesen Zustand des Versorgtwerdens. Diese Form von „maligner Regression“ muß unterbrochen werden. Es muß dem Patienten klar gemacht werden, daß es kaum vereinbar ist, daß sich seine Situation im psychischen Bereich durch die Therapie bessert, während der soziale Bereich unverändert bleibt. Häufig reagieren Patienten mit starkem Unmut auf diesen „kleinkarierten“ oder ihrer Ansicht nach „überfordernden“ Anspruch des Therapeuten; zu berücksichtigen ist allerdings die reale Arbeitsmarktlage.

- Am häufigsten entstehen aber die „Untermierungen“ der Therapien durch den Therapeuten selbst. Nach einer anfänglichen Euphorie kommt es häufig zu Gefühlen einer Sinnlosigkeit bezüglich der Therapie oder zu Enttäuschungen über den Patienten. Die Stundenfrequenzen werden dann verringert, der Therapeut verändert seinen Stil, wird passiver, manchmal auch ironisch oder pädagogisch. Eine zentrale Ursache dafür ist oft das nicht genügende Beachten beiderseitiger aggressiver Impulse.
- Borderline-Patienten zeigen oft eine ausgeprägte Ambivalenz, die Teil ihrer Störung ist. Diese Ambivalenz kann die Therapie lahmlegen, was dann gedeutet werden muß. Ein häufiger „Fehler“ ist es, den Patienten nicht drängen zu wollen, sondern passiv abzuwarten, bis dieser sich selbst entscheiden kann.
- Obwohl viele Borderline-Patienten – gerade auch wegen der erlebten Übergriffserfahrungen – in der Regel ehrlich sind und „doppelbödig“ Kommunikation nicht anstreben, darf nicht davon ausgegangen werden, daß Patienten generell ehrlich sind, besonders bezüglich des Ausmaßes an Pathologie, Selbstzerstörung, Perversionen oder antisozialen Mustern. Oftmals sind Therapeuten überrascht oder „gekränkt“, wenn sie erst im Verlauf der Therapie die Erfahrung machen, daß Patienten teilweise unoffen waren.

### Integrationszeichen

Mit der Zeit lassen sich Hinweise für eine zunehmende Integration des Patienten finden:

- die Aussagen und Assoziationen des Patienten beinhalten eine Erweiterung oder Vertiefung der Kommentare des Therapeuten

- Fähigkeit, Gefühle von Haß wahrzunehmen und auszuhalten, statt sie – etwa durch Somatisierung oder selbstdestruktives Verhalten – auszuagieren
- Toleranz für Phantasie und die zunehmende Öffnung eines „Übergangsraums“
- Fähigkeit, Deutungen primitiver Abwehrmechanismen (besonders der projektiven Identifizierung) zu tolerieren und zu integrieren
- Durcharbeiten des pathologischen „falschen Selbst“ in der Übertragung
- deutliche Veränderungen in den zuvor dominierenden Übertragungsweisen des Patienten

### Mittelfase der Behandlung

Auch die Mittelfase der Therapie, die dann beginnt, wenn das oft offene turbulente Agieren des Beginns seltener wird, dient dazu, die dominierenden Übertragungsbeziehungen weiter zu analysieren. Mit der Zeit kommt es zu subtileren Formen von „Acting-out“ zwischen den Stunden oder „Acting-in“ in den Stunden. Meistens kommt es auch zu einer Veränderung der Übertragung weg von gegebenenfalls früheren antisozialen und paranoiden Übertragungsformen hin zu einer mehr narzißtischen oder depressiven Übertragungsform. Es wird in dieser Mittelfase notwendig, Konflikte, die um primitiven Haß kreisen, mit dem Patienten zu bearbeiten. Haß und Neid, meist durch Traumatisierungen bedingt, finden sich in dieser Zeit häufig. Es wird dann vermehrt auch darum gehen, mit erotischer Übertragung und dem Thema des Mißbrauchs (d.h. insbesondere auch der unbewußten Identifizierung mit dem Mißbraucher) umzugehen.

### Schlußphase der Behandlung

Die Behandlung, wenn sie erfolgreich ist, kann zunehmend einer klassischeren psychoanalytisch orientierten Therapie gleichen, das heißt, der Therapeut braucht weniger aktiv zu sein. Schweiggerperioden werden aufgrund der größeren Ich-Stärke besser toleriert. Manchmal kann die TFP dann sogar in eine eigentliche Psychoanalyse münden, wo genetische Deutungen wichtiger werden. Es sollte allerdings nicht das Ziel sein,

alle Borderline-Patienten in eine liegende Therapie zu überführen. Erfolgreiche Borderline-Therapien zeichnen sich generell dadurch aus, daß die Patienten in ein höheres Funktionsniveau gelangen, d.h. von offenem Borderline-Verhalten in ein mehr narzißtisches Niveau oder von einem narzißtischen in ein histrionisches (vgl. Kap. 1.5).

## Besondere Schwierigkeiten im Therapieverlauf

### Suizidalität und Selbstverletzung

Dem Patienten wird früh gesagt, daß es tiefliegende Gefühle und Konflikte gibt, die immer wieder zu problematischen Handlungen führen können (wie Suizidalität und Selbstbeschädigungen). Es kann nicht die Aufgabe des Therapeuten sein, einerseits so neutral zu sein, daß er in der Therapie diese noch unklaren Bereiche erforschen kann, aber andererseits aktiv in die Realität einzugreifen.

Die Therapie macht es notwendig, daß sich der Therapeut sicher fühlt. Wir gehen davon aus, daß (ambulant behandelbare) Borderline-Patienten grundsätzlich in der Lage sind, suizidale Impulse kontrollieren zu können, auch wenn sie selbst oder frühere Therapeuten dieses „Zutrauen“ nicht hatten oder haben (vgl. Kap. 2.5; Kap. 3.3). Typischerweise begleiten viele Therapeuten immer wieder ihre Borderline-Patienten in die Klinik. Bei der TFP wird dem Patienten mitgeteilt, daß es wichtig ist, jene Gefühle wahrzunehmen, die mit dem Auftreten dieser Impulse zusammenhängen. Er erhält schon während der Kontraktphase die Empfehlung, daß er – falls er den Eindruck hat, diese Gefühle nicht mehr kontrollieren zu können – Familienmitglieder oder Freunde anrufen bzw. eine Notfallaufnahme aufsuchen kann. Dem Patienten werden die Gründe für diese Haltung erklärt, die ihm vielleicht zu passiv oder „herzlos“ erscheint. Der Patient wird noch in der Kontraktphase darüber informiert, daß er sich vielleicht einen Lebensberater oder Sozialarbeiter wünscht, der konkrete Handlungsanweisungen gibt – dies könne jedoch nicht durch diese Art von Therapie erfolgen.

Die Bearbeitung selbstverletzenden Verhaltens (Suiziddrohungen, Schneiden etc.) steht in

der Hierarchie der TFP ganz oben. Der Patient erfährt auch, daß er erst dann über für ihn interessantere Themen (Träume etc.) sprechen kann, wenn er sein selbstverletzendes Verhalten reduziert. Der Patient erhält die im Therapievertrag festgelegte Aufgabe, daß er bei Schnittverletzungen eine Notfallstation aufsuchen muß, um sich dort versorgen zu lassen. Viele Patienten werden heftig gegen diese Form von (aus ihrer Sicht) „demütigender Behandlung“ protestieren.

### Telefonieren mit dem Therapeuten

Dem Patienten ist es nicht möglich, in der Nacht oder auch außerhalb der Therapiestunden den Therapeuten anzurufen, wenn es ihm „schlecht geht“. Er kann allerdings anrufen, wenn es um Organisatorisches geht (Verschieben einer Stunde etc.). Ferner kann man mit dem Patienten vereinbaren, daß er bei sogenannten echten Notfällen anrufen kann (d.h. wenn etwas Schwerwiegendes und Unvorhergesehenes eingetreten ist, wie Unfall oder Tod eines nahen Angehörigen). Sollte sich der Patient nicht an diese (oder eine andere) Vereinbarung halten, wird mit ihm sein Vertragsbruch und das damit eingegangene Risiko einer Beendigung der Behandlung besprochen. Der Patient erhält meistens eine weitere, aber letzte Chance: Das erneute Nichteinhalten des Kontraktes führt dann definitiv zu einem Therapieabbruch. Wichtig ist dabei, daß der Patient nicht aus heiterem Himmel fällt, sondern daß im Vorfeld genau besprochen worden ist, wie und warum er seine Therapie gefährden oder zum Abbruch bringen würde. Dabei betont der Therapeut, daß er z.B. bei einer akuten Suizidalität des Patienten selbstverständlich alles tun wird, um ihm in dieser Situation zu helfen (Aufsuchen einer Klinik u.ä.) – selbst wenn das Verhalten des Patienten das Ende der Therapie bedeuten sollte.

### Umgang mit Vertragsbrüchen

Wenn eine Patientin, die sich nach jeder Selbstverletzung vereinbarungsgemäß bei der Notaufnahme vorstellen sollte, berichtet, sie habe sich geschnitten, ohne jedoch das vereinbarte Vorgehen eingehalten zu haben, wird ihr mitgeteilt, sie



müsse zunächst noch ihren Teil der eingegangenen Verpflichtung erfüllen, damit man im Anschluß daran zusammen mit ihr verstehen kann, warum sie sich erstens selbst verletzt und zweitens den Therapievertrag gebrochen hat.

Wiederholte und/oder schwerwiegende Kontraktbrüche führen zu einem Abbruch der Therapie. Wie erwähnt, sollte dieser jedoch nie erfolgen, ohne daß dem Patienten im Vorfeld die drohende Konsequenz seines Tuns deutlich gemacht wurde.

Es scheint uns an dieser Stelle wichtig zu betonen, daß oft auch von seiten der Therapeuten „Aufweichungen“ erfolgen. Wir möchten dem Eindruck vorbeugen, daß immer nur die Patienten versuchen, den Therapievertrag zu brechen.

## Somatisierungstendenzen

Somatisierungsreaktionen oder hypochondrische Befürchtungen sind bei manchen Borderline-Patienten häufig. In gewisser Weise liegt hier – dem Verständnis Greens (s. auch Kap. 3.13) folgend – ebenfalls eine Form des Agierens von unerträglichen intrapsychischen Konflikten im Sinne einer „Implosion“ vor. Dagegen kann das äußere „Acting-out“ auf der Verhaltensebene entsprechend als „Explosion“ aufgefaßt werden, die meist der Bearbeitung (auch im Übertragungsgeschehen) leichter zugänglich ist. Bei einer Somatisierung werden zumeist die narzißtische Besetzung des Symptoms, die paranoide Verarbeitung, die omnipotente Kontrolle und die projektiven Identifikationsmechanismen deutlich. Obwohl es zum Teil technisch schwieriger ist, wird versucht, die Dynamik in die Übertragung überzuführen („tracking into transference“) und dem Patienten Zusammenhänge darzustellen.

## Sexuelle Übertragungen

Sexuelle Übertragungen (auch homoerotischer Art) sind bei Borderline-Patienten häufig. Während die meisten dieser Übertragungen nach einiger Zeit wieder verschwinden (etwa weil andere Übertragungsformen stärker werden oder reale Partnerschaften aufgenommen werden), kommt es bei einem kleinen Teil dieser Patienten

zu einer „Zementierung“ des Wunsches nach konkreter körperlicher Nähe zu ihrem Therapeuten. Diese Übertragung kann dann die Form eines Widerstands bekommen, weil andere Aspekte des Unbewußten nicht mehr gedeutet und bearbeitet werden können. Wenn sich durch aktive Deutung dieser Widerstand nicht auflösen läßt, kann eine Therapie scheitern.

Das Nebeneinander von schmerzhaften und peinigenden Erinnerungen an Mißbrauchserfahrungen, die mit sexueller Erregung vermischt sind, ist für die Patienten oft schwer auszuhalten. Sie sprechen oft erst spät über diese quälende Konfusion, die ein besonders taktvolles Vorgehen des Therapeuten verlangt (vgl. Kap. 3.8).

## Dissoziative Tendenzen

Borderline-Patienten unterliegen häufig auch in Therapiestunden einem unbewußt determiniertem Mechanismus der Dissoziation (vgl. Kap. 2.2), insbesondere, wenn es um zunehmend belastende Emotionen geht. Zum Teil kommen die Patienten dann in veränderte Bewußtseinszustände, wirken plötzlich wie „weggedämmert“. Diese Zustände, die eine weitere Arbeit erschweren, werden, wenn möglich und angemessen, als therapieschädigendes Verhalten aufgefaßt und deshalb bei Auftreten durch aktives Ansprechen „unterbrochen“ und in ihrer Auftretensdynamik analysiert.

## Kontakt mit anderen Therapeuten

Manche Borderline-Patienten suchen, während sie bereits in einer Therapie sind, andere Therapeuten auf, weil sie sich bei ihrem Therapeuten nicht genügend „aufgehoben“ fühlen oder ohnehin ambivalent sind. Zum Teil erfährt der Therapeut davon, zum Teil aber auch nicht. In der Regel fühlen sich die Therapeuten dann zwar „gekränkt“, wirken dem aber entgegen, indem sie eine betont liberale Haltung einnehmen und das Aufsuchen anderer Therapeuten tolerieren oder hierzu sogar mit Worten wie „dann gehen Sie mal dahin und schauen sich die Therapeutin an, Sie müssen entscheiden, wo Sie sich am wohlsten fühlen“ ermutigen. In der TFP wird ein solches

Patienten- (und Therapeuten-)verhalten als therapieschädigendes Verhalten aufgefaßt und mit dem Patienten zusammen bearbeitet. Es wird nicht davon ausgegangen, daß es im Vorfeld nützlich ist, daß sich die Patienten einen Therapeuten suchen, der ihnen bloß besonders „sympathisch“ ist.

## Trivialisierungen in der Therapie

Zahlreiche Borderline-Patienten benutzen die Stunden trotz großer Probleme in fast allen Lebensbereichen dazu, über relativ unwichtige Dinge ausführlich zu berichten (beispielsweise wie sie eine Katze in einem Garten beobachtet haben). Wenn dies häufig geschieht und man den Eindruck hat, daß damit eine Abwehrfunktion verbunden ist, sollte dieser Mechanismus („Trivialisierung der Therapie“) bearbeitet werden.

## Ferienabwesenheit

Besonders im ersten Jahr der Therapie kann es für den Patienten schwierig sein, wenn der Therapeut längere Zeit abwesend ist. Für diesen Fall wird ein Ersatztherapeut festgelegt. Manchmal ist es ausreichend, daß der Patient dessen Telefonnummer erhält. Manchmal ist es aber sinnvoll, feste Therapiestunden auszumachen. Mit der Zeit wird es zunehmend möglich, mit dem Patienten die psychodynamischen Aspekte anzuschauen, die durch eine Abwesenheit katalysiert werden.

## Medikation

Die Behandlung mit Psychopharmaka von Borderline-Patienten wirft zahlreiche weitere Fragen auf (vgl. Kap. 3.3; Kap. 3.15). Eine angemessene Medikation kann während einer bestimmten Zeit Aspekte der Störung (Schlafprobleme, psychosomatische Zustände, massive motorische Unruhe etc.) positiv beeinflussen und dadurch die Möglichkeit des Patienten, Übertragungsdeutungen anzunehmen, sogar wieder erhöhen. Die Psychotherapie kann durch den ärztlichen Psychotherapeuten selbst erfolgen, wenn die Implikationen

auf die Übertragung und Gegenübertragung beachtet werden. Sie kann jedoch auch einem anderen Kollegen übertragen werden, mit dem dann von Zeit zu Zeit Kontakt aufgenommen wird. Allerdings wirft diese Rollentrennung ihre speziellen Probleme auf. Eine strenge Trennung in Körperarzt versus Psychotherapeut, wie sie sich z.B. auch in manchen psychosomatischen Kliniken noch findet, muß nicht in jedem Fall vertreten werden und ist aufgrund zu geringer personeller Ressourcen sowieso oft undurchführbar. Es ist ohnehin nicht zu verhindern, daß in die Therapie „eingegriffen“ wird. Insgesamt darf aber die Möglichkeit, in diesem Bereich zu agieren (z.B. Wunsch nach Sedierung statt Berührung mit Emotionen), nicht außer acht gelassen werden.

Wenn auch einerseits vor einer zu großen Erwartungshaltung gewarnt werden sollte, so kann doch häufig mit einem „State-of-the-art“-Einsatz gewisser Substanzen in Krisensituationen einiges erreicht werden. Die Borderline-Patienten, die in der Regel sehr genau angeben können, welche Medikamente gut bei ihnen wirken und welche keinen oder einen (subjektiv oder objektiv) schlechten Effekt auf sie haben, sollten bei der Planung der Medikation soweit wie möglich mit einbezogen werden. Dabei entfalten die Psychopharmaka allein schon durch ihre Gabe eine Fülle von psychodynamischen Bedeutungen (Waldinger u. Frank 1989; vgl. Kap. 3.3).

## Fokussierung auf das Trauma

Obwohl heute unzweifelhaft feststeht, daß einige Borderline-Störungen auch Elemente einer chronisch komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung aufweisen (vgl. Kap. 1.12; Kap. 1.13), ist vor einer zu frühen oder einseitigen Fokussierung auf die Traumatisierungen der Vergangenheit zu warnen (vgl. Kap. 3.3: erst Bearbeitung wenig konflikthafter Bereiche; Kap. 3.8). Zum einen können Expositionen zu einer erheblichen Labilisierung führen, zum anderen hat die Traumatisierung in aller Regel zu deutlichen interpersonellen und mit Ambivalenzen (auch dem Täter gegenüber) einhergehenden intrapsychischen und interpersonellen Dynamiken geführt, die sich nicht durch eine Exposition allein auflösen lassen. Dem Wunsch vieler Borderline-Patienten, eine vorhandene oder vermutete Traumatisierung

„aufzudecken“, muß deshalb widerstanden, dieser aber in seinem Übertragungsangebot verstanden werden.

## Limitierungen und kritische Zusammenfassung

Ausgangspunkt der Behandlung ist der Versuch, die unbewußten psychischen Konflikte, unter denen der Patient leidet, in der Therapie zu halten. Dieses „containment“ (vgl. Kap. 3.14) erfolgt dadurch, daß der Aufrechterhaltung des therapeutischen Rahmens und vor allem der Arbeit mit der Übertragung ständige Aufmerksamkeit gezollt wird. Die Übertragung und die Übertragungsdeutung sind somit die zentralen Referenzpunkte der Behandlung.

Eine TFP-Behandlung erfordert in der Regel den Aufbau einer langjährigen therapeutischen Beziehung. Sie stellt große Anforderungen an den Therapeuten wie den Patienten. Der Patient muß sich von der Vorstellung einer konkreten Hilfestellung abschieden, die nur positive Seiten hat, verabschieden. Der Therapeut muß aggressive Aspekte der Übertragung schnell und aktiv deutend ansprechen, auch wenn es ihm oft „lieber“ wäre, den Patienten an dieser Stelle tröstend zu verstehen oder auch nur abzuwarten. Das Verfahren läßt sich nur anwenden, wenn der Patient bereit ist, sich auf einen umfangreichen Therapievertrag, Diagnostik und Videoaufzeichnungen einzulassen, also ein gewisses Maß an Ich-Struktur besitzt.

Mögliche Einschränkungen für das TFP-Verfahren sind:

- Das Verfahren erfordert eine gewisse Intelligenz, welche die meisten Borderline-Patienten aber besitzen. Nur dann können die zum Teil komplexen Deutungen aufgefaßt werden. Patienten mit (zusätzlichen) hirnanorganischen Psychosyndromen können manchmal nicht erreicht werden.
- Das Verfahren erfordert aus diesem Grund Suchtmittelfreiheit (Alkohol, Benzodiazepine, illegale Drogen etc.), besonders wenn dadurch die Vigilanz und kognitive Auffassungsgabe eingeschränkt sein sollten.
- Einige Borderline-Patienten weisen so starke antisoziale oder maligne narzißtische Züge

auf, daß sie auch durch Deutungen nicht in der Lage sind, ihre Regression und ihre Ich-Syntonie, die total sein können, und die (oft fast psychotische) Projektion und Externalisierung aufzugeben. Das verunmöglicht einen, wenn auch noch so begrenzten, Perspektivenwechsel sowie eine „wirkliche“ Objektbeziehung.

- Schließlich gibt es Borderline-Patienten, deren Selbstschädigungstendenzen eine solches Ausmaß und eine solche Häufigkeit angenommen haben („cutting-addicts“), daß sie dieses Verhalten nicht mehr einfach so (im Rahmen des Kontraktes) aufgeben können, um sich den dann auftretenden Affekten in der Therapie zu stellen. Diese Patienten brauchen manchmal vor einer TFP einen anderen therapeutischen Zugang, z.B. im Rahmen einer (spezifischen!) stationären Behandlung.

Möglicherweise könnten aber – um diese schwerstkranken Patienten zu erreichen – in Zukunft auch vermehrt TFP-Elemente in andere Behandlungsformen als jene der ambulanten Einzelpsychotherapie eingebaut werden (z. B. in stationären Therapien oder auch ambulanten Gruppenbehandlungen).

Natürlich sind in dieses psychodynamische Verfahren TFP sehr viele Elemente eingeflossen, die der allgemeinen klinischen Erfahrung bei der Psychotherapie dieser Patienten entsprechen und deshalb von anderen erfolgreichen Therapien – mit möglicherweise aber anderer Terminologie – in ähnlicher Weise postuliert werden (vgl. Kap. 3.19). Dennoch ist das Verfahren vor allem aus drei Gründen eine radikale Alternative:

- Das Verfahren arbeitet beinahe ausschließlich und von Anfang an in der Therapie mit den psychoanalytischen Techniken der Klärung, Konfrontation und vor allem auch der Deutung unbewußter Partialobjektbeziehungen, die sich in der Übertragung und Gegenübertragung manifestieren.
- Aggressive und destruktive Elemente stehen früh im Fokus der Therapie, während supportive Elemente (Ermutigungen etc.) trotz der Schwere der Störung nicht angewendet werden.
- Es wird – anders als in anderen Therapien – die zentrale Beziehungsstörung der Patienten durch die psychoanalytische Arbeit an und in der (Übertragungs-)Beziehung in den Mittelpunkt gestellt.