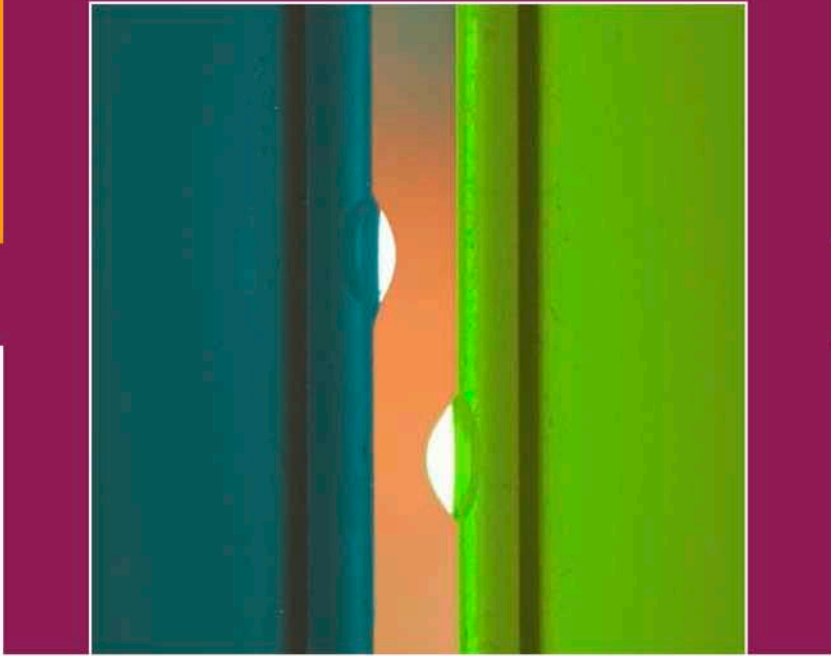


Yeomans ■ Clarkin ■ Kernberg



Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten

Das TFP-Praxismanual



 **Schattauer**

Yeomans ■ Clarkin ■ Kernberg

Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten

This page intentionally left blank

Frank E. Yeomans ■ John F. Clarkin ■ Otto F. Kernberg

Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten

Das TFP-Praxismanual

Übersetzung von Elisabeth Vorspohl

Mit 13 Abbildungen und 11 Tabellen

Videos zum Buch finden Sie unter
www.schattauer.de/3160





Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig!
Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter www.schattauer.de/feedback
oder direkt über QR-Code.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

Titel der amerikanischen Originalausgabe: Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. A Clinical Guide. First Edition.

Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF

First published in the United States by American Psychiatric Association Publishing, Arlington, Virginia and London, UK.

Copyright © 2015. All rights reserved. Used with permission. Translation of text into German has not been verified for accuracy by the American Psychiatric Association.

Erstmals veröffentlicht in den USA bei American Psychiatric Association Publishing, Arlington, Virginia und London, Großbritannien. © 2015 mit Erlaubnis. Deutsche Übersetzung wurde nicht verifiziert durch die American Psychiatric Association.

© 2017 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3, 70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: www.schattauer.de

Printed in Germany

Übersetzung: Elisabeth Vorspohl, Vorspohl@gmx.de

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

Umschlagabbildung: photocase.de Gleich – Gewicht 2 © P:M

Satz: abavo GmbH, Buchloe

Druck und Einband: Westermann Druck Zwickau GmbH, Zwickau

Auch als E-Book erhältlich:

ISBN 978-3-7945-6986-1

ISBN 978-3-7945-3160-8

Vorwort

Die Entwicklung einer Behandlungsmethode ist ein langwieriger, hochtechnischer Prozess. Er umfasst eine ganze Reihe aufeinanderfolgender Schritte, in denen die Pathologie der Patienten mit dem Ziel untersucht wird, Behandlungsprinzipien und -richtlinien für die empirische Erforschung der Effektivität einer Therapie unter verschiedenen Bedingungen zu formulieren. Das Personality Disorders Institute (PDI) des New Yorker Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical Center führt unter der Leitung von Otto Kernberg (Director), John Clarkin (Codirector) und Frank Yeomans (Director of Training) seit 1980 die Untersuchung und Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen durch. Als wir unser Projekt in Angriff nahmen, konnten wir uns auf die Unterstützung der klinischen Experten Drs. Ann Appelbaum, Steven Bauer, Arthur Carr, Paulina Kernberg, Harold Koenigsberg, John Oldham und Michael Selzer verlassen. Im Laufe der Jahre hat sich unsere Gruppe um Kliniker (Monica Carsky, Jill Delaney und Kay Haran) sowie Kliniker und Psychopathologie- und Psychotherapieforscher (Nicole Cain, Eve Caligor, Diana Diamond, Karin Ensink, Mark Lenzenweger, Kenneth Levy, Kevin Meehan, Lina Normandin, Mallay Occhiogrosso und Barry Stern) erweitert. Zudem konnten wir mit den Neurowissenschaftlern BJ Casey, Michael Posner und David Silbersweig zusammenarbeiten.

Unser erstes Behandlungsmanual für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erschien 1999 (Clarkin et al. 1999), aber das von uns beschriebene Behandlungsverfahren, die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP), ist nicht statisch, sondern wurde im Laufe der Jahrzehnte erweitert und präzisiert definiert, je mehr Behandlungserfahrung wir mit einer großen Bandbreite von Patientinnen und Patienten mit Borderline-Pathologie sammelten und je gründlicher wir die Störung auch dank theoretischer Weiterentwicklungen und neuer entwicklungspsychologischer und neurokognitionswissenschaftlicher Erkenntnisse verstanden. Weiterhin verfolgen wir das Ziel, ein Verfahren zur Behandlung der Persönlichkeitsstörung an sich und nicht nur der aus der pathologischen Persönlichkeitsstruktur resultierenden Symptome zu entwickeln. Unser langfristiges, ehrgeiziges Ziel ist die Modifizierung der grundlegenden Persönlichkeitsorganisation und -struktur des Menschen in Behandlung. Darüber hinaus ermöglicht es der technische Fortschritt, dem schriftlichen Text Videoaufzeichnungen verschiedener Behandlungsaspekte zur Seite zu stellen (www.schattauer.de/3160), um den pädagogischen Nutzen dieses Buches zu erhöhen. Wir danken Fatih Ozbay und Alexander Lau für ihre Hilfe bei der Herstellung der Videos sowie Victor Yalom und Psychotherapy.net für die Genehmigung, Teile aus Video 1, Dr. Kernbergs strukturellem Interview, zu reproduzieren. Wir danken auch Michele Athena Morgen und Hendrik Grashuis, die als Schauspieler in unseren Demonstrationsvideos mitgewirkt haben, und Liam Ó Broin für die Genehmigung, seine Zeichnung eines jungen Mädchens auf dem Buchcover abzdrukken. Mr. Ó Broin hat auch Dr. Kernberg porträtiert und darüber hinaus ein Buch illustriert, das für seine Arbeit von zentralem Rang ist.

Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen hat sich im Laufe der vergangenen 25 Jahre geradezu phänomenal entwickelt. Am PDI hatten wir das Glück, mit zwei anderen Gruppen von Wissenschaftlern kooperieren zu können, die gleichfalls auf diesem Gebiet forschen. In den Anfangsjahren unserer Arbeit lernten wir Dr. Marsha Linehan kennen, von deren Beratung wir profitierten, als wir für unser Projekt erstmals Fördergelder beim National Institute of Mental Health beantragten. Der Kontakt zu ihr setzte sich fort, als sie einen Teil ihres Sabbatjahres an unserer Universität verbrachte und wir gemeinsam Gelegenheit fanden, unseren Ansatz mit den Konzepten der dialektischen Verhaltenstherapie zu vergleichen, die sie damals ausarbeitete.

Ein großes Glück ist für uns auch der kollegiale Kontakt zu Dr. Peter Fonagy und Dr. Anthony Bateman, den Designern und Entwicklern der mentalisierungs-basierten Therapie (MBT) für Borderline-Patienten. Als Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV) trug Dr. Kernberg maßgeblich dazu bei, die empirische Untersuchung psychoanalytisch orientierter Behandlungsverfahren zu fördern. Er setzte sich erfolgreich für das Research Training Program (RTP) ein, das an den wissenschaftlichen Nachwuchs adressiert ist und von der IPV und dem University College London gemeinsam aufgebaut wurde. Seit den Anfängen des RTP, d.h. seit fast 20 Jahren, arbeiten Peter Fonagy und John Clarkin nun zusammen, entwickeln Ideen und PowerPoint-Präsentationen und verbringen viele Stunden im gedeihlichen Austausch über die Pathologie und Behandlung von Borderline-Patienten.

Wenn alles gut geht, gehen klinischer und wissenschaftlicher Fortschritt Hand in Hand. Während wir die TFP in den USA entwickelten und dort auch ihre Effekte testeten, knüpften wir gleichzeitig kollegiale Kontakte zu Klinikern und Wissenschaftlern in Deutschland, Österreich, Kanada, den Niederlanden, Italien, Spanien, der Schweiz, in Chile, in Großbritannien, Mexiko, Brasilien, Dänemark, in der Türkei, in Polen, Schweden, Argentinien und Australien (ungefähr in dieser Reihenfolge). Dank der Visionskraft und der besonderen Anstrengungen von Dr. Peter Buchheim konnten wir eine randomisierte klinische TFP-Studie in München und in Wien durchführen (Doering et al. 2010), deren Ergebnisse uns in unserer Überzeugung bestätigten, dass sich die Behandlung auch in anderen westlichen Kulturen als effektiv erweist.

Auf der Grundlage unserer Arbeit mit der Übertragungsfokussierten Psychotherapie für erwachsene Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation haben wir auch Behandlungsleitlinien zur Anwendung der TFP für Patienten mit höher organisierter Persönlichkeitsorganisation verfasst, und zwar in Zusammenarbeit mit unserer Kollegin Dr. Eve Caligor (Caligor et al. 2010 [2007]). Um auch Jugendliche mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation zu erreichen, haben wir zusammen mit unseren Kolleginnen Dr. Lina Normandin und Dr. Karin Ensink eine TFP für diese Altersgruppe entwickelt.

In New York wurde die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) als beliebtes optionales Ausbildungsprogramm für Postgraduierte am Center for Psychoanalytic Training and Research der Columbia University eingeführt. Online-Seminare und -Supervisionsgruppen erweitern die Ausbildungsmöglichkeiten. Ein

TFP-Modul wird immer häufiger auch in der psychiatrischen Facharztausbildung angeboten, z.B. am Weill Cornell Medical College, am NYU Langone Medical Center und am Mount Sinai Hospital. Klinische Psychologen im Graduierten- und Doktorandenstudium können die TFP an der City University of New York, der Pennsylvania State University und der Université Laval (Kanada) erlernen.

Diese aktuelle Version unseres Behandlungsverfahrens ist daher ein Gemeinschaftsprodukt, dem unsere Arbeit am Personality Disorders Institute in New York sowie die Arbeit unserer Kollegen in den Vereinigten Staaten und unserer internationalen Kollegen zugrunde liegt, die sich der Optimierung der Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen widmen. Diese Zusammenarbeit macht nicht nur Freude, sondern verbessert auch die Anwendbarkeit der TFP-Prinzipien in ganz unterschiedlichen kulturellen Kontexten. Dafür sind wir dankbar.

Dieses Buch richtet sich an alle Menschen, die im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung mit Menschen arbeiten, die moderate bis schwere Formen einer Persönlichkeitsstörung aufweisen. Unsere wissenschaftliche Forschung galt Patienten, auf welche die DSM-IV-Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPO) zutraf (American Psychiatric Association 1996 [1994]), doch in diesem Buch konzentrieren wir uns auf die breitere Gruppe der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO). Die Begriffe *Borderline* und *Borderline-Pathologie* beziehen sich hier auf die Borderline-Persönlichkeitsorganisation, eine Kategorie, welche die enger definierte Borderline-Persönlichkeitsstörung mit einschließt. Wir erörtern die Grundlagen der Borderline-Pathologie (Kapitel 1 und 2) und beschreiben die diagnostische Begutachtung sowie die Strategien, Taktiken und Techniken der TFP (Kapitel 3 bis 7). Die Kapitel 8 bis 10 sind der frühen, mittleren und späten Behandlungsphase der auf Symptom- und Persönlichkeitsveränderung zielenden Langzeitbehandlung gewidmet. In Kapitel 11 erläutern wir, wie die Veränderungsverläufe von Borderline-Patienten in der TFP verstanden werden können.

In der Anfangszeit unserer Arbeit riet uns Dr. Gerald Klerman, in unserem Behandlungsmanual Interventionsprinzipien mit klinischen Fällen zu kombinieren, um die Anwendung der Prinzipien in unterschiedlichen Situationen zu illustrieren. Wir haben uns seinen Rat zu Herzen genommen und stellen der eingehenden Diskussion einzelner Fälle die Erörterung der Behandlungsprinzipien zur Seite. Aufgrund der Diversität schwerer Persönlichkeitsstörungen ist jede Therapie ebenso einmalig und unverwechselbar wie jede Patientin und jeder Patient. Deshalb zeigen wir, wie wir die Behandlungsprinzipien in der individuellen Situation anwenden. Die Gefahr eines jeden Behandlungsmanuals besteht darin, dass es als Anleitung ähnlich den Vorlagen für das Malen nach Zahlen benutzt wird. Eine wortwörtliche Umsetzung dieses Manuals wäre aber ein seelenloses Unterfangen. Stattdessen versuchen wir, die Vorbereitung der Leinwand zu beschreiben, auf der sich dann nach und nach die innere Welt der Patienten in der lebendigen, oft intensiven Interaktion mit dem Therapeuten entfaltet. An dieser Stelle möchten wir auch den Patienten, die wir behandeln durften, für alles danken, was sie uns gelehrt haben. Es ist leider nach wie vor so, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Menschen, die mit ihr durchs Leben gehen, missverstanden und stigmatisiert werden. Zudem fehlt es an adäquaten Behandlungsmöglichkeiten. Wir danken Bea und Michael Tusiani,

Paul Tusiani-Eng, Dr. Winifred Christ und dem Borderline Personality Disorders Resource Center, die sich unermüdlich dafür einsetzen, diesen Problemen Abhilfe zu schaffen.

In diesem Buch informieren wir über die Strategien, Taktiken und Techniken der TFP in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Aus diesem Grund erläutern wir die Behandlungsprinzipien und erklären ihre Anwendung auf die Therapie individueller Patienten und ihre Situation. Dies ist der Prozess, den jeder Kliniker wird durchlaufen müssen: Es gilt, die TFP-Prinzipien auf die Besonderheiten des individuellen Patienten anzuwenden. Diese Methode trägt der dynamischen Langzeittherapie Rechnung, die sich auf eine vorab geplante und uniforme Weise nicht erfolgreich durchführen lässt, und erkennt die Individualität unserer Patientinnen und Patienten an.

Unseren besonderen Dank möchten wir den beiden Direktoren der Abteilung für Psychiatrie des Weill Cornell Medical College aussprechen, unter deren Leitung und mit deren Unterstützung wir unsere Arbeit durchführen konnten. Dr. Robert Michels und Dr. Jack Barchas haben unsere Bemühungen anerkannt, uns zum Durchhalten ermutigt und unsere Fehler toleriert.

Frank E. Yeomans
John F. Clarkin
Otto F. Kernberg

Video-Guide

Eine wichtige Ergänzung dieser aktuellen Darstellung der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) ist die Einbeziehung von Videoaufzeichnungen der Behandlung. Der für jede Patient-Therapeut-Dyade individuelle Charakter der Psychotherapie macht es erforderlich, die Arbeit mit den Video-Beispielen, die dieses Buch begleiten, zu erörtern. Ebenso wie jede reale Therapiesitzung zeigen sie unverwechselbare Interaktionen, die keiner anderen Sitzung aufs Haar gleichen. Dennoch haben wir Beispiele zusammengestellt, welche die Prinzipien und Techniken der Therapie relativ klar illustrieren. Jede Sitzung geht mit einem Kommentar einher, der den Dialog und die Interaktion der Stunde zu dem in den Kapiteln über Strategien, Taktiken und Techniken erläuterten Material in Beziehung setzt. Weil Therapiesitzungen die Schnittstelle zwischen einem Ideenkomplex und einer gemeinsamen Erfahrung bilden, wollen wir mit den Videos auch zeigen, dass der Therapeut prompt und blitzschnell klären muss, was zwischen ihm und dem Patienten gerade geschieht und wie die Interaktion mit den Themen des Patienten und seinem eigenen inneren Erleben zusammenhängt.

Wir empfehlen, Video 1-1 »Selbstbeschreibung und Beschreibung eines wichtigen anderen Menschen« im Anschluss an Kapitel 4 »Diagnosephase« zu betrachten. Das Video gibt einen kurzen Einblick in den Teil des strukturellen Interviews, in dem der Therapeut den Patienten bittet, sich selbst und daran anschließend eine andere Person zu beschreiben. Der Ausschnitt demonstriert, wie schwierig solche scheinbar einfache Fragen sein können und wie jemand, dessen innere Struktur von einer Identitätsdiffusion geprägt ist, darauf reagieren kann. Die weiteren Video-Ausschnitte zeigen Beispiele für die Verwendung der Taktiken und Techniken der TFP. Video 1-2 und 1-3 (»Technische Neutralität und taktvolle Konfrontation«) sind ebenso wie Video 1-1 Ausschnitte aus einem Demonstrationsvideo, das vollständig unter <http://www.psychotherapy.net/video/psychoanalytic-psychotherapy-otto-kernberg> aufgerufen werden kann. Diese Ausschnitte demonstrieren den Moment in der Therapie, in dem der Therapeut durch den Klärungsprozess genügend Informationen gesammelt hat, um zu taktvollen Konfrontationen und frühen Deutungen überzugehen. Diese Video-Ausschnitte sollten im Anschluss an Kapitel 6 »Behandlungstechniken« angesehen werden.

Die Videos 3-1, 3-2 und 3-3, »Affektsturm«, sollten im Anschluss an Kapitel 7 »Behandlungstaktiken und klinische Herausforderungen« betrachtet werden. Wenngleich sich die einzelnen Elemente der Therapie miteinander verflechten, illustriert diese Sitzung ebenso wie die übrigen Videos, dass der Therapeut, Dr. Hamilton, sowohl das Risiko eines Behandlungsabbruchs seitens seiner Patientin Carolyn als auch einen Affektsturm handhaben muss. Er hilft ihr, sich über ihre Selbst- und Fremdwahrnehmung, die den Problemen zugrunde liegt, klarer zu werden und bewussten Zugang zu weiteren Anteilen ihrer inneren Welt zu finden, die abgespalten sind und über andere Kommunikationskanäle vermittelt werden.

Wir weisen darauf hin, dass die Videos auf realen Behandlungsfällen beruhen, aber erstens in hohem Maß anonymisiert und zweitens zu Sitzungsmontagen kom-

biniert wurden, um die Privatsphäre der Patienten zu schützen. In den Videos werden alle Patientinnen und Patienten von Schauspielern dargestellt. Jede Ähnlichkeit mit realen Personen wäre reiner Zufall. Der Leser sollte auch beachten, dass in den Videos »Sitzung vor den Ferien« und »Affektsturm« zwar dieselben Darsteller (Michele Athena und Frank Yeomans) agieren, es sich aber um zwei verschiedene Therapien handelt.

Die Videos lassen sich mit den meisten Betriebssystemen einschließlich mobiler Systeme wie iOS 5.1 und Android 4.1 und höher abspielen.

Video-Vignetten

Wir weisen darauf hin, dass die Videos 1-2 und 1-3 (»Technische Neutralität und taktvolle Konfrontation«), die Videos 2-1 und 2-2 (»Sitzung vor den Ferien«) und die Videos 3-1, 3-2 und 3-3 (»Affektsturm«) jeweils eine kontinuierliche Sitzung zeigen.

Kapitel 4) Diagnosephase: Klinische Evaluation und Indikation

Video 1-1: Selbstbeschreibung und Beschreibung eines wichtigen anderen Menschen (4:24), S. 81

Kapitel 6) Behandlungstechniken:

Kontinuierliche Deutungsarbeit und Mechanismen der Veränderung

Video 1-2: Technische Neutralität und taktvolle Konfrontation, Teil 1 (9:15), S. 188

Video 1-3: Technische Neutralität und taktvolle Konfrontation, Teil 2 (10:08), S. 190

Video 2-1: Sitzung vor den Ferien, Teil 1 (9:24), S. 192

Video 2-2: Sitzung vor den Ferien, Teil 2 (6:12), S. 194

Kapitel 7) Behandlungstaktiken und klinische Herausforderungen

Video 3-1: Affektsturm, Teil 1 (9:28), S. 224, S. 248

Video 3-2: Affektsturm, Teil 2 (9:26), S. 224, S. 249

Video 3-3: Affektsturm, Teil 3 (10:10), S. 224, S. 251

Kapitel 8) Frühe Behandlungsphase:

Testen des Rahmens, Impulscontainment und Identifizierung von Dyaden

Video 2-1: Sitzung vor den Ferien, Teil 1 (9:24), S. 276

Video 2-2: Sitzung vor den Ferien, Teil 2 (6:12), S. 276

Video 3-1: Affektsturm, Teil 1 (9:28), S. 267

Video 3-2: Affektsturm, Teil 2 (9:26), S. 267

Video 3-3: Affektsturm, Teil 3 (10:10), S. 267

Kapitel 9) Mittlere Behandlungsphase:

Entwicklung zur Integration und regressive Episoden

Video 2-1: Sitzung vor den Ferien, Teil 1 (9:24), S. 288

Video 2-2: Sitzung vor den Ferien, Teil 2 (6:12), S. 289

Inhalt

Vorwort	V
1 Normale und anomale Persönlichkeitsorganisation	1
1.1 Zwei Sichtweisen der Borderline-Pathologie	1
1.2 Borderline-Pathologie: Strukturelle Organisation	2
1.2.1 Normale Persönlichkeitsentwicklung und ihre Abweichungen	3
1.2.2 Normale Persönlichkeitsorganisation	5
1.2.3 Entwicklungsfaktoren	6
1.2.4 Motivationsaspekte: Affekte und innere Objektbeziehungen	9
1.3 Ein objektbeziehungstheoretisches nosologisches Modell	14
1.3.1 Neurotische Persönlichkeitsorganisation	15
1.3.2 Borderline-Persönlichkeitsorganisation	16
2 Empirische Entwicklung der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP)	25
Ein klinischer Forschungsprozess	
2.1 Schritte der empirischen Entwicklung der TFP	25
2.2 Der Weg zum Verständnis der Borderline-Pathologie	26
2.2.1 Faktorstruktur der Symptome	27
2.2.2 Beschreibung der Persönlichkeitseigenschaften	27
2.2.3 Echtzeitprozesse bei der BPS	28
2.2.4 Selbst- und Fremdrepräsentationen	35
2.2.5 Langzeitverlauf	36
2.2.6 Unser heutiges Verständnis der BPS	38
2.3 Die Behandlung von Patienten mit BPS in einer klinischen Forschungsgruppe	39
2.3.1 Das TFP-Behandlungsmodell	39
2.3.2 Ziel der TFP	40
2.3.3 Aktivierung von Objektbeziehungen in einem sicheren Kontext	41
2.3.4 Zerstörung des Denkens	44
2.3.5 Verlauf der TFP	45
2.3.6 Die Rolle der menschlichen Beziehung in der TFP	47
2.3.7 Dauer der TFP	48
2.4 Entwicklung und Formulierung eines Behandlungsmanuals	48
2.5 Vermittlung der TFP – Adhärenz und Kompetenz	49
2.6 Vorläufige Tests der Behandlungsergebnisse	49

2.7	Randomisierte kontrollierte Studien (RCTs)	50
2.7.1	Eine RCT in New York	50
2.7.2	Eine RCT in Europa	50
2.7.3	Behandlungseffekte, die über eine Symptomveränderung hinausreichen . . .	51
2.7.4	Aktueller empirischer Status der TFP	52
2.8	Der klinische Fall im Verhältnis zu Verlaufs- und Ergebnisdaten	52
3	Strategien der Übertragungsfokussierten Psychotherapie	55
3.1	Strategie 1: Definieren der dominanten Objektbeziehungen – Handeln in Objektbeziehungen transformieren	56
3.1.1	1. Schritt: Die Verwirrung wahrnehmen und tolerieren	57
3.1.2	2. Schritt: Die dominanten Objektbeziehungen identifizieren	57
3.1.3	3. Schritt: Die Akteure und die Handlung benennen	59
3.1.4	4. Schritt: Die Reaktion des Patienten beobachten	61
3.2	Strategie 2: Rollenwechsel des Patienten beobachten und deuten	62
3.3	Strategie 3: Zusammenhänge zwischen Objektbeziehungsdyaden beobachten und deuten, die sich gegenseitig abwehren	63
3.4	Strategie 4: Durcharbeiten der Fähigkeit des Patienten, eine Beziehung, zunächst die Übertragung, auf andere Weise zu erleben	67
3.4.1	Abgespaltene Partialobjekte integrieren	67
3.4.2	Merkmale einer allmählichen Integration	67
3.5	Die Notwendigkeit des wiederholten Durcharbeitens	75
4	Diagnosephase: Klinische Evaluation und Indikation	76
4.1	Klinische Beurteilung	77
4.1.1	Das strukturelle Interview	78
4.1.2	Ein semistrukturiertes Interview	81
4.2	Behandlungsindikationen	83
4.2.1	Zusammenfassung des Diagnoseprozesses	89
5	Herstellung des Behandlungsrahmens	91
	Vertragsvereinbarung, Medikation und ergänzende Behandlungen	
5.1	Einleitung der Therapie	91
5.1.1	Besprechen der Diagnose: ein psychoedukatives Element	93
5.1.2	Die Vertragsvereinbarung	95
5.1.3	Die Verantwortlichkeiten des Patienten	96
5.1.4	Verantwortlichkeiten des Therapeuten	99
5.1.5	Der Therapeut-Patient-Dialog im Prozess der Vertragsvereinbarung	103

5.2	Individualisierte Vertragspunkte	107
5.2.1	Verhaltenswiderstände gegen die Behandlung	108
5.2.2	Beurteilung spezifischer Gefährdungen der Therapie	109
5.2.3	Die Aufnahme spezifischer Behandlungsgefährdungen in den Vertrag	113
5.2.4	Grenzen der Vertragsvereinbarung	122
5.2.5	Überleitung von der Vertragsvereinbarung zur Therapie und erneute Bearbeitung vereinbarter Punkte	128
5.3	Kombinationen der TFP mit anderen Interventionen	129
5.3.1	TFP und medikamentöse Behandlung	129
5.3.2	Kombination von TFP und Fertigkeitentraining	135
6	Behandlungstechniken	137
	Kontinuierliche Deutungsarbeit und Mechanismen der Veränderung	
6.1	Techniken der TFP	139
6.1.1	Der Deutungsprozess	139
6.1.2	Übertragungsanalyse	146
6.1.3	Handhabung der technischen Neutralität	153
6.1.4	Die Arbeit mit der Gegenübertragung	161
6.2	Charakteristische Merkmale einer gelungenen Deutung	166
6.2.1	Klarheit der Deutung	167
6.2.2	Geschwindigkeit der Deutung	167
6.2.3	Relevanz der Deutung	168
6.2.4	Tiefe der Deutung	171
6.2.5	Deutungen auf drei Ebenen	172
6.2.6	Komplikationen bei der Arbeit von der Oberfläche in die Tiefe	179
6.3	Weitere Elemente des Deutungsprozesses	180
6.3.1	Die frühe tiefe Deutung der Übertragung	180
6.3.2	Beschreibung des Konflikts	182
6.3.3	Welche Bedeutung hat es für den Patienten, eine Deutung zu bekommen?	182
6.3.4	Beurteilung der oberflächlichen Compliance	184
6.4	Die aktive Rolle des Therapeuten	184
6.4.1	Entschlossene Klärung und Konfrontation	184
6.4.2	Flexibilität der Deutungsarbeit	185
6.4.3	Sequenzierung spezifischer Interventionen	186
6.5	Techniken, die in der TFP keine Anwendung finden	186
6.6	Videos zur Illustration der Techniken – Erläuterungen	188
6.6.1	Video 1: Technische Neutralität und taktvolle Konfrontation	188
6.6.2	Video 2: Sitzung vor den Ferien	191

7	Behandlungstaktiken und klinische Herausforderungen	197
7.1	Taktik 1: Besprechen des Behandlungsvertrags	198
7.2	Taktik 2: Aufrechterhalten des Behandlungsrahmens	198
7.2.1	Das Agieren in der Sitzung ausschalten	198
7.2.2	Den sekundären Krankheitsgewinn ausschalten	200
7.3	Taktik 3: Identifizierung und Bearbeitung des vorrangigen Themas	202
7.3.1	Beachtung der drei Kommunikationskanäle	202
7.3.2	Das ökonomische, das dynamische und das strukturelle Prinzip	203
7.3.3	Festhalten an der inhaltlichen Rangfolge	207
7.3.4	Die verschiedenartigen Behinderungen der Übertragungsanalyse	209
7.4	Taktik 4: Erforschung inkompatibler Sichtweisen	218
7.5	Taktik 5: Regulation der Affektintensität	224
7.6	Flexible Anwendung der Taktiken	225
7.7	Häufige Schwierigkeiten in der Behandlung	225
7.7.1	Umgang mit Suiziddrohungen und -versuchen während der Behandlung	227
7.7.2	Gefährdung anderer Menschen	231
7.7.3	Angedrohte Aggression und intrusives Agieren	231
7.7.4	Drohender Therapieabbruch	233
7.7.5	Nichtbefolgen begleitender therapeutischer Maßnahmen	235
7.7.6	Behandlung von Patientinnen mit BPO und sexuellem Missbrauch in der Anamnese	236
7.7.7	Psychotische Episoden	238
7.7.8	Dissoziative Reaktionen	239
7.7.9	Depressive Episoden	240
7.7.10	Aufsuchen von Notfallambulanzen	240
7.7.11	Stationäre Aufnahmen	241
7.7.12	Telefonanrufe des Patienten	245
7.7.13	Abwesenheiten des Therapeuten und Vertretungsregelung	245
7.7.14	Der schweigende Patient	246
7.7.15	Somatisierung	247
7.8	Kommentar zu Video 3: Affektsturm-Sitzung	248
8	Frühe Behandlungsphase	253
	Testen des Rahmens, Impulscontainment und Identifizierung von Dyaden	
8.1	Die Fähigkeit, die Beziehung zum Therapeuten aufrechtzuerhalten	256
8.1.1	Das therapeutische Bündnis	256
8.1.2	Testen der Therapie und des Rahmens	260
8.1.3	Das Versäumen von Sitzungen in der frühen Therapiephase	262

8.2	Impulsives und selbstdestruktives Verhalten unter Kontrolle bringen	263
8.2.1	Suiziddrohungen und selbstdestruktives Verhalten	263
8.2.2	Einführung neuer Parameter und juristische Fragen	263
8.2.3	Nicht-lebensgefährliche Selbstdestruktivität	264
8.3	Affektstürme und ihre Transformation in dominante Objektbeziehungen . . .	267
8.3.1	Lärmende Affektstürme	267
8.3.2	Stumme Affektstürme	268
8.3.3	Interventionen bei Affektstürmen	268
8.4	Das Leben außerhalb der Therapiesitzungen	269
8.5	Verlauf einer Sitzung in der frühen Behandlungsphase	269
8.6	Beendigung der Therapiesitzung	272
8.7	Fallbeispiele aus frühen Sitzungen	274
9	Mittlere Behandlungsphase	280
	Entwicklung zur Integration und regressive Episoden	
9.1	Die Hauptaufgaben der mittleren Behandlungsphase	280
9.1.1	Vertieftes Verständnis der wichtigsten Übertragungsmuster	281
9.1.2	Integration negativer Affekte	284
9.1.3	Latente Aggression, abgespaltene ideale Imagines und das Ziel einer gesunden Liebe	287
9.2	Das Spektrum der sexuellen Beziehungen von Patienten mit BPO	289
9.2.1	Aggressive Infiltrierung des Sexualverhaltens	290
9.2.2	Beginnende Integration und Stabilisierung liebevoller und sexueller Gefühle – neue Herausforderungen	299
9.3	Vertieftes Verständnis der Spaltung und der Integrationsstrebungen	301
9.3.1	Hinweise auf Spaltungsvorgänge	301
9.3.2	Das Schwanken zwischen Integration und Regression	302
9.4	Wechselnde Projektionen: Integration und verbesserte Realitätsprüfung . . .	303
9.5	Zyklen der zunehmenden Integration mit kontrollierteren und begrenzteren Projektionsvorgängen	304
9.6	Erweiterung des Fokus in der mittleren Behandlungsphase	306
9.7	Ausgewogene Beachtung der Übertragung und des äußeren Lebens der Patientin in der Therapie	308
9.8	Innere Repräsentationen, Identifizierungen und Projektionen	311
9.9	Fortschritte in der Therapie und die Reaktion des Patienten	313

10	Fortgeschrittene Behandlungsphase und Beendigung	315
10.1	Klinische Merkmale der fortgeschrittenen Phase	318
10.1.1	Auflösung antisozialer/psychopathischer und paranoider Übertragungen	318
10.1.2	Das Agieren außerhalb der Sitzungen lässt nach	318
10.1.3	Vertiefung der Beziehung zum Therapeuten bei Rückgang der Projektionen	321
10.2	Anzeichen für strukturelle intrapsychische Veränderungen	325
10.2.1	Entwicklung in Richtung Selbstbeobachtung	325
10.2.2	Erforschung der therapeutischen Interventionen	325
10.2.3	Beherrschen und Tolerieren von Aggression und Liebe	326
10.2.4	Tolerieren von Phantasien	327
10.2.5	Die Fähigkeit, Abwehrdeutungen zu nutzen	327
10.2.6	Veränderung der vorherrschenden Übertragungsparadigmen	328
10.3	Hindernisse und Komplikationen beim Übergang in die fortgeschrittene Behandlungsphase	331
10.4	Das technische Vorgehen in der fortgeschrittenen Behandlungsphase	332
10.4.1	Das Risiko einer chronisch verengten Sicht auf den Patienten	333
10.4.2	Weiterentwicklung der Behandlungstechniken	333
10.5	Beendigung	335
10.5.1	Theoretischer Kontext: normale und pathologische Trennung	335
10.5.2	Die Beendigung der Behandlung: normale, neurotische und Borderline-Persönlichkeitsorganisation	338
10.5.3	Behandlungstechnische Implikationen	340
10.5.4	Die Realität der Beendigung	341
10.5.5	Die Gegenübertragung des Therapeuten	342
10.5.6	Die zeitliche Planung der Beendigung	342
11	Veränderungsprozesse in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP)	344
11.1	Empirisch hergeleitete Subtypen der Borderline-Patienten	345
11.1.1	Behandlungsimplicationen	346
11.2	Anpassung der Patienten zu Beginn der Behandlung	346
11.2.1	Höher und niedrig strukturierte Borderline-Organisation	347
11.2.2	Umfang der Symptome und funktionalen Defizite vor Beginn der Behandlung	347
11.2.3	Behandlungsimplicationen	348
11.3	Vorherrschende Übertragungsthemen in der TFP	348
11.3.1	Behandlungsimplicationen	348

11.4	Bindung	349
11.4.1	Veränderungen der Bindungsorganisation und der Reflexionsfähigkeit in der TFP	351
11.4.2	Interaktion zwischen der Bindung des Patienten an den Therapeuten und der Bindung des Therapeuten an den Patienten	352
11.4.3	Behandlungsimplicationen	354
11.5	Empirisch hergeleitete Veränderungsverläufe	355
11.5.1	Behandlungsimplicationen	356
11.6	Klinische Indikatoren der Veränderung	357
11.7	Zusammenfassung	358
	Literatur	360
	Sachverzeichnis	370

This page intentionally left blank

1 Normale und anomale Persönlichkeitsorganisation

Dem in diesem Buch beschriebenen Modell der Persönlichkeitsstörungen und ihrer Behandlung liegt die moderne psychoanalytische Objektbeziehungstheorie zugrunde, die von Kernberg (1988 [1984], 1997 [1992]) entwickelt und um die heutige phänomenologische und neurobiologische Forschung erweitert wurde (Clarkin und De Panfilis 2013; Clarkin und Posner 2005; Depue und Lenzenweger 2001). Ein Grundsatz des psychodynamischen Verständnisses von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und ihrer Behandlung besagt, dass die beobachtbaren Verhaltensweisen und subjektiven Beeinträchtigungen pathologische Aspekte der psychischen Strukturen widerspiegeln, aber auch die Art und Weise zu erkennen geben, wie diese Strukturen zu einer zufriedenstellenden Balance zwischen den inneren und äußeren Anforderungen, mit denen jedes Individuum konfrontiert wird, beitragen. Dieser Sichtweise entsprechend erläutern wir zunächst die beobachtbaren Verhaltensweisen und Symptome von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS). Im Anschluss an diese Übersicht der in der empirischen Literatur beschriebenen Verhaltensweisen untersuchen wir unter objektbeziehungstheoretischem Blickwinkel die Persönlichkeit und die psychischen Strukturen, die dem beobachtbaren Verhalten zugrunde liegen. Sowohl diese Verhaltensweisen als auch die sie fundierenden Strukturen sind für unsere diagnostische Nosologie der Persönlichkeitspathologie, für Fragen der Begutachtung und für die Ansatzpunkte der therapeutischen Intervention maßgeblich.

Wir verzichten hier auf eine detaillierte Beschreibung der Borderline-Pathologie und verweisen stattdessen auf die einschlägige Literatur (Clarkin et al. 2015). Unser wichtigstes Ziel besteht in diesem Kapitel darin, dem Kliniker ein Modell der Borderline-Pathologie an die Hand zu geben, das der Beurteilung der Persönlichkeit und der Therapieplanung als Grundlage dient. Für den Kliniker ist es hilfreich, sowohl ein allgemeines Bild von der Borderline-Pathologie, so wie sie phänomenologisch beobachtet wird, zu besitzen als auch ein Modell der mentalen Repräsentationen des Selbst und anderer Menschen, die diese Patienten vor dem Hintergrund ihrer Entwicklungserfahrungen gebildet haben. Die verfügbaren Modelle der Borderline-Pathologie sind zwar nach wie vor unvollständig (Lenzenweger und Clarkin 2005), aber der Kliniker ist auf ein erfahrungsnahes Arbeitsmodell der Störung angewiesen, an dem er seine Interventionen in jedem Augenblick der therapeutischen Interaktion orientieren kann. Deshalb stellen wir die Borderline-Pathologie in diesem Kapitel zunächst unter dem phänomenologischen und dann unter einem strukturellen Blickwinkel dar.

1.1 Zwei Sichtweisen der Borderline-Pathologie

Otto Kernberg und John Gunderson haben die für das DSM-III (American Psychiatric Association 1980) definierte Beschreibung der Borderline-Pathologie sowie

des Syndroms, das heute als *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (BPS) bezeichnet wird, durch ihre Arbeit entscheidend beeinflusst. Die Konzepte der prä-schizophrenen Persönlichkeitsstruktur, der Borderline-Zustände, psychotischen Charaktere und der Borderline-Persönlichkeit gingen aus der therapeutischen Erfahrung mit Patienten hervor, die schwere, multisymptomatische Störungen aufwiesen (Kernberg 1983 [1975]). So beschrieb Knight (1954) die Ich-Schwäche, die zu einer tiefen Regression in der Übertragung führt und eine Modifizierung des psychotherapeutischen Vorgehens erfordert. Kernberg (1983 [1975]) beschrieb auf der Grundlage seiner Erfahrungen mit Patienten mit schwerer Persönlichkeitsstörung, die er im Rahmen des Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation erforschte, eine spezifische, stabile psychopathologische Struktur, die sich von der Struktur sowohl neurotischer Patienten als auch solcher des psychotischen Spektrums unterscheidet. Er bezeichnete sie als Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO). In einer klassischen psychoanalytischen Behandlung neigten die betroffenen Patienten dazu, ihre Fähigkeit zur Realitätsprüfung zu verlieren und im Kontext der Übertragung Wahnvorstellungen zu entwickeln. Mithilfe von Konzepten der defensiven Spaltung (Fairbairn 2000 [1963]; Jacobson 1954, 1957, 1978 [1964]; Klein 2000 [1946]) erläuterte Kernberg sowohl die deskriptive Pathologie dieser Patienten als auch ihr strukturelles Organisationsniveau einschließlich der mangelnden Angsttoleranz, der unzulänglichen Impulskontrolle, der fehlenden Sublimierungsfähigkeiten (Ich-Schwäche) sowie der pathologischen inneren Objektbeziehungen.

In den Jahren, in denen Kernberg (1983 [1975], 1988 [1984]) die deskriptive Pathologie und die strukturellen Besonderheiten dieser Patienten beschrieb, arbeiteten andere Forscher (Grinker et al. 1968; Gunderson und Kolb 1978) mit einem rein deskriptiven Verfahren, um Patienten mit starkem Affekt, insbesondere Wut und Depression, zu identifizieren und sie Untergruppen zuzuordnen. Zahlreiche dieser deskriptiven Eigenschaften fanden Berücksichtigung, als die BPS-Diagnose erstmals im Diagnosesystem (American Psychiatric Association 1980) formuliert wurde.

Im weiteren Verlauf dieses Kapitels beschreiben wir die Borderline-Pathologie unter einem strukturellen, objektbeziehungstheoretischen Blickwinkel. In Kapitel 2 »Empirische Entwicklung der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP)« erörtern wir das strukturelle Verständnis im Zusammenhang mit der expandierenden Erforschung des behavioralen und neurokognitiven Funktionierens von Patienten mit Borderline-Pathologie.

1.2 Borderline-Pathologie: Strukturelle Organisation

Die psychodynamische Konzeptualisierung und Therapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen beruht auf der Annahme, dass die beobachtbaren Verhaltensweisen und subjektiven Beeinträchtigungen dieser Patienten pathologische Aspekte der zugrunde liegenden psychischen Strukturen zu erkennen geben. Als psychische Struktur bezeichnen wir ein stabiles, beständiges Muster jener mentalen

Abb. 1-1 Theoretische Grundlagen der übertragungsfokussierten Psychotherapie: Objektbeziehungstheorie.



Funktionen, die unser Verhalten, unsere Wahrnehmungen und unsere subjektive Erlebensweise organisieren. Ein wichtiges Charakteristikum der psychischen Struktur von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen ist neben der Art und Weise, wie Selbst- und Fremdwahrnehmung integriert sind, auch der Grad dieser Integration. Das Niveau der Persönlichkeitsorganisation hängt, was den Schweregrad der Persönlichkeitsstörungen betrifft – normal über neurotisch über Borderline bis zu psychotisch – weitgehend vom Integrationsgrad ab.

Die Objektbeziehungstheorie (Jacobson 1978 [1964]; Kernberg 1997 [1980]; Klein 2000 [1957]; Mahler 1992 [1971]) betont, dass die von Sigmund Freud beschriebenen Triebe – Libido und Aggression – grundsätzlich in der Beziehung zu einem spezifischen Objekt, dem Objekt des Triebes, erlebt werden. Internalisierte Objektbeziehungen sind die Bausteine der psychischen Strukturen und dienen als Organisatoren der Motivation und des Verhaltens. Diese Bausteine bilden Einheiten, die sich aus einer Repräsentation des Selbst und einer Repräsentation des Anderen zusammensetzen; verbunden werden beide durch einen Affekt, der mit einem Trieb zusammenhängt oder einen Trieb repräsentiert (Abb. 1-1). Diese aus dem Selbst, dem Anderem und dem verbindenden Affekt konstituierten Einheiten werden als Objektbeziehungsdyaden bezeichnet. Wichtig ist hier, dass das Selbst ebenso wie das Objekt in dieser Dyade weder exakte innere Repräsentationen des gesamten Selbst oder des gesamten Anderen sind noch exakte Repräsentationen von Interaktionen, die in der Vergangenheit stattgefunden haben. Es handelt sich vielmehr um Repräsentationen des Selbst und des Anderen, so wie diese in spezifischen, affektintensiven Augenblicken der frühen Entwicklung wahrgenommen und internalisiert und sodann von inneren Kräften – den primären Affekten und Phantasien – verarbeitet wurden.

1.2.1 Normale Persönlichkeitsentwicklung und ihre Abweichungen

Persönlichkeitspathologien sind besonders augenfällig, wenn man sie mit dem Funktionieren der normalen Persönlichkeit vergleicht. Sowohl in der Beurteilungsphase (Kap. 4) als auch im Laufe der gesamten Behandlung stellen Therapeuten in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) ständig Vergleiche zwischen dem Funktionieren des Patienten, den sie vor sich haben, und dem Funktionieren eines Menschen mit normalem Niveau der Persönlichkeitsorganisation an. Die Behandlungsziele werden durch die aufeinanderfolgenden Schritte repräsentiert, die dem Patienten die Weiterentwicklung von einem anomalen zu einem normalen Funktionieren seiner Persönlichkeit ermöglichen (Tab. 1-1).

Tab. 1-1 Aspekte der Ebenen der Persönlichkeitsorganisation

	Borderline-Organisation	Neurotische Organisation	Normale Organisation
Identität	Inkohärentes Erleben des Selbst und Anderer; unzulängliche Besetzung von Arbeit, Beziehungen, Freizeit	Kohärentes Erleben des Selbst und Anderer, aber ein Element des psychischen Lebens ist nicht umfänglich integriert; Besetzung von Arbeit, Beziehungen, Freizeit	Integriertes Erleben des Selbst und Anderer; Besetzung von Arbeit, Beziehungen, Freizeit
Abwehrmechanismen	Einsatz primitiver Abwehrmechanismen	Einsatz reiferer Abwehrmechanismen; Rigidität	Einsatz reiferer Abwehrmechanismen; Flexibilität
Realitätsprüfung	Schwankende Fähigkeit zur Einfühlung in soziale Realitätskriterien; gewisses Maß an Konfusion von Selbst vs. Nicht-Selbst, Innen vs. Außen	Zutreffende Wahrnehmung von Selbst vs. Nicht-Selbst, Innen vs. Außen; Empathie mit sozialen Realitätskriterien	Zutreffende Wahrnehmung von Selbst vs. Nicht-Selbst, Innen vs. Außen; Empathie mit sozialen Realitätskriterien

Unter *Persönlichkeit* verstehen wir die Integration von Verhaltensmustern mit ihren Grundlagen im Temperament, in kognitiven Fähigkeiten, im Charakter und in den internalisierten Wertesystemen (Kernberg und Caligor 2005). *Temperament* bezeichnet die konstitutionelle Disposition für ein individuelles Muster der Reaktionen auf innere Stimuli und Umweltreize; Teil dieses Musters sind die Intensität, der Rhythmus und die Schwellen affektiver Reaktionen. Konstitutionell bedingte Schwellen für die Aktivierung positiver, lustvoller, belohnender Affekte sowie negativer, unlustvoller Affekte bilden die wichtigste Verbindung zwischen den biologischen und den psychischen Anteilen der Persönlichkeit (Kernberg 1994). Die Intensität, Art und Bandbreite der von Kindern in einer Entwicklungssequenz gezeigten Affekte sind für das Verständnis der BPO von Bedeutung. Dass der Affekt mit der Umwelt zusammenhängt, in der und von der das Kind betreut wird, ist nicht überraschend (Kochanska 2001). Die Muster der Bindung zwischen Müttern und ihren 14 Monate alten Kleinkindern hängen nachweislich mit dem Affekt zusammen, der in Laborsettings beobachtet wird. In diesen Settings werden sicher gebundene Kinder weniger wütend, während unsicher gebundene Kinder einen intensiveren negativen Affekt entwickeln.

Kognitive Prozesse spielen eine entscheidende Rolle für die Realitätswahrnehmung und für die auf klar definierte Ziele gerichtete Verhaltensorganisation. Sie sind zudem maßgeblich an der Entwicklung und Modulation der affektiven Re-

aktionen beteiligt, da die kognitiven Repräsentationen des Affekts die Schwellen der Affektaktivierung beeinflussen. Diese kognitiven Prozesse sind für die Umwandlung von primitiven Affektzuständen in komplexere emotionale Erfahrungen ausschlaggebend. In Verbindung mit den individuellen Besonderheiten des Temperaments führt das Lernen am Vorbild der Bezugspersonen zur Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten, die der Aufmerksamkeitssteuerung und der Selbstkontrolle zugrunde liegen.

Als *Charakter* – in dem die Identität auf der Verhaltensebene Ausdruck findet – bezeichnen wir die dynamische Organisation von Verhaltensmustern, die für das Individuum typisch sind. Unter den Begriff fallen das Organisationsniveau und der Organisationsgrad der Verhaltensmuster sowie der Grad an Flexibilität oder Rigidität des Verhaltens in Umweltsituationen. Im Charakter findet die Integration der unzähligen internalisierten Beziehungen zwischen dem Selbst und anderen Menschen Ausdruck, die zum Aufbau der inneren Verhaltensmodelle beitragen. Subjektiv manifestiert sich der Charakter als Identitätsstruktur, d. h. in der Integration sämtlicher Selbstrepräsentationen dieser dyadischen Einheiten zu einem stabilen und komplexen Selbstkonzept und der Integration entsprechender Objektrepräsentationen zu integrierten Konzepten wichtiger Anderer. Charakter und Identität verhalten sich wechselseitig komplementär zueinander. Die Identität, bestehend aus dem Konzept oder den Konzepten des Selbst und wichtiger Anderer, bildet die psychische Struktur, die für die dynamische Organisation des Charakters bestimmend ist.

Die Internalisierung wichtiger Objektbeziehungen lässt eine weitere überaus wichtige subjektive Struktur entstehen, nämlich ein integriertes System ethischer Werte, das in der psychoanalytischen Theorie als *Über-Ich* bezeichnet wird. Störungen dieser Struktur haben, was die Entwicklung der Borderline-Pathologie betrifft, bedeutsame klinische, therapeutische und prognostische Implikationen.

1.2.2 Normale Persönlichkeitsorganisation

Menschen mit normaler Persönlichkeitsorganisation verfügen über ein integriertes und kohärentes Konzept des Selbst und wichtiger Anderer, das als Identität bezeichnet wird. Zur Identität zählen sowohl ein kohärentes Selbstgewahrsein als auch Verhaltensweisen, in denen sich die Selbstkohärenz widerspiegelt. Das kohärente Selbstgewahrsein liegt dem Selbstwertgefühl, der Fähigkeit, sich an Beziehungen zu anderen Menschen sowie an der Arbeit zu erfreuen, und dem Gewährsein der zeitlichen Kontinuität des Selbst zugrunde. Ein kohärentes und integriertes Selbstgefühl ermöglicht es dem Individuum, seine Fähigkeiten zu entfalten, sich Wünsche zu erfüllen und langfristige Ziele zu erreichen. In ähnlicher Weise unterstützt ein kohärentes und integriertes Konzept anderer Menschen deren realistische, mit Empathie und sozialem Taktgefühl erfolgende Beurteilung; das heißt, es kommt der Fähigkeit zu gelungenen Interaktionen und erfolgreichem sozialem Umgang zugute. Eine integrierte Selbst- und Fremdwahrnehmung stärkt die Fähigkeit zu reifer wechselseitiger Abhängigkeit, zu der auch die Fähigkeit zählt, sich anderen Menschen emotional verpflichtet zu fühlen, ohne an Selbstkohärenz und Auto-

nomie einzubüßen. Die Fähigkeit, intime und stabile Liebesbeziehungen aufzubauen und Erotik und Zärtlichkeit in solche Beziehungen zu integrieren, ist ebenfalls Ausdruck einer kohärenten Identität.

Ein zweites strukturelles Merkmal der normalen Persönlichkeitsorganisation ist das breite Affektspektrum. Menschen mit normaler Persönlichkeitsorganisation können eine Bandbreite komplexer, subtil modulierter Affekte empfinden, ohne die Impulskontrolle zu verlieren. Diese Fähigkeit hängt sowohl mit ihrer Identität als auch mit der Ebene ihrer Abwehrmechanismen zusammen. Abwehrmechanismen sind Anteile des psychischen Apparates und helfen uns, die Angst zu bewältigen, die im Zusammenhang mit Konflikten im Selbst (z. B. Konflikten zwischen Liebes- und Hassgefühlen oder zwischen Triebstreben und dem inneren Verbot ebendieser Streben) entsteht oder im Zusammenhang mit Konflikten zwischen inneren Triebstreben und den Gegebenheiten der äußeren Realität. In Verbindung mit zufriedenstellend funktionierenden psychischen Abwehrmechanismen ermöglicht die kohärente Identität es dem Individuum, intensive Affekte im Kontext einer zuverlässigen, stabilen Erfahrungsgrundlage zu erleben, die ihm hilft, den Affekt sowohl zu verstehen als auch zu absorbieren. Die Therapie von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen setzt den Aufbau eines Settings voraus, in dem der Therapeut die intensiven Affekte enthält, die der Patient selbst nicht verarbeiten und sprachlich symbolisieren kann, weil er von ihnen überwältigt wird.

Ein drittes Charakteristikum der normalen Persönlichkeitsorganisation ist ein integriertes System internalisierter Werte. Ihm liegen zwar die verinnerlichteten Werte und Verbote der Eltern zugrunde, aber es ist nicht starr an die elterlichen Verbote gebunden, sondern funktioniert stabil, individualisiert und unabhängig von äußeren Objektbeziehungen. Diese innere Wertestruktur findet Ausdruck in dem Bewusstsein persönlicher Verantwortung, in der Fähigkeit zu realistischer Selbsteinschätzung und Selbstkritik sowie in der Fähigkeit, Entscheidungen flexibel und orientiert an Standards, Werten und Idealen zu treffen.

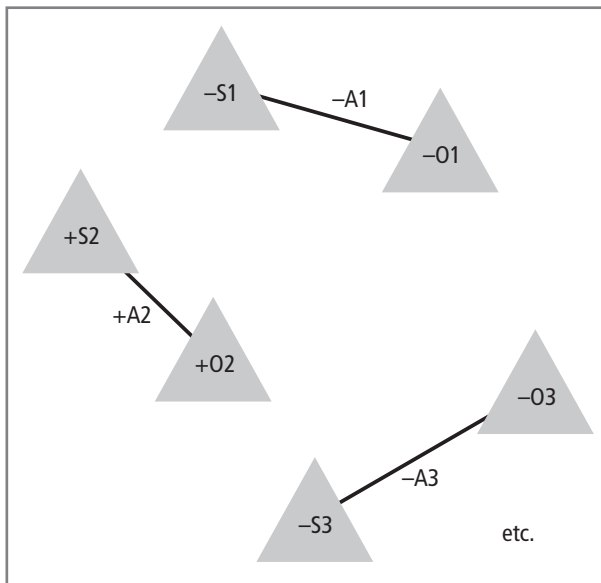
1.2.3 Entwicklungsfaktoren

Innere Objektbeziehungsdyaden bilden die Bausteine unserer psychischen Struktur. Im Laufe der frühen Entwicklung gehen aus unseren affektintensiven Erfahrungen zahlreiche innere Dyaden hervor, die zu den Prototypen unserer Selbst- und Fremdwahrnehmung werden. Abbildung 1-2 illustriert einige der bedeutsamsten Dyaden, die genauso wie zahlreiche andere von jedem Individuum im Laufe seiner Entwicklung internalisiert werden (Abb. 1-2).

Die Objektbeziehungstheorie postuliert, dass das Temperament eines Säuglings in seiner Wechselwirkung mit affektintensiven frühen Interaktionserfahrungen die Entwicklung maßgeblich beeinflusst. Die frühen Interaktionen zwischen Baby und Bezugsperson sind die operativen Elemente, die es dem Säugling ermöglichen, nach und nach eine innere Repräsentation der äußeren Welt aufzubauen. Die Art und Weise, wie er diese Interaktionen internalisiert, wird durch sein Temperament mitbeeinflusst, also z. B. durch sein Affektarousal sowie durch kognitiv-perzeptuelle Elemente. Eine optimale Interaktion zwischen Baby und Bezugsperson schafft für

Abb. 1-2 Die innere Welt des Säuglings.

- A = Affekt;
 O = Objektrepräsentation;
 S = Selbstrepräsentation
 S1 = hungriges, depriviertes Selbst
 O1 = sadistischer, deprivierender Anderer
 A1 = Angst
 S2 = hungriges, dann zufriedenes Selbst
 O1 = idealer, responsiver Anderer
 A2 = Liebe
 S3 = mächtiges, kontrollierendes Selbst
 O2 = schwacher, sklavenähnlicher Anderer
 A3 = Zorn



den Säugling eine warme, fürsorgliche Atmosphäre, in der er spüren kann, dass die Betreuungsperson ihn liebt, seine Bedürfnisse genau versteht und sie in einem befriedigenden rhythmischen Austausch zu stillen vermag (siehe Gergely und Watson 2004 [1996]). In diesem Kontext entwickelt er eine sichere Bindung an die Bezugsperson und beginnt, ein kohärentes inneres Narrativ über sein Selbst und Andere zu konstruieren, dem seine zuversichtliche, freudige Erwartung, behütet zu sein und umsorgt zu werden, zugrunde liegt. Diese sichere Bindung hilft dem Kind, auch negative Erfahrungen zu bewältigen – Momente des Unbehagens, der Unlust, des Schmerzes –, die ein unausweichlicher Bestandteil eines jeden Entwicklungsweges sind.

In relativ ruhigen Phasen mit niedriger Affektintensität nimmt das Baby seine Umwelt in sich auf – ein seinem Alter und seiner neuropsychologischen Entwicklung entsprechender kognitiver Lernvorgang. Es erlebt aber auch das Gegenteil, nämlich Phasen einer hohen Affektintensität, die zumeist mit Bedürfnissen einhergehen, etwa mit dem Wunsch nach lustvollen Erfahrungen (»Ich brauche Hilfe«, »Ich will mehr«), mit Ängsten oder mit dem Drang, der Unlust/dem Schmerz zu entkommen (»Bring mich hier weg!«). Die Affekte des Säuglings sind intensiv, weil Affekte die biologische Funktion erfüllen, unreifen Säugetieren das Überleben zu ermöglichen, indem sie das Junge veranlassen, Lust und Geborgenheit zu suchen, Gefahren zu meiden und der Mutter durch den Affektausdruck Bedürftigkeit zu signalisieren. Eine typische lustvolle oder befriedigende Erfahrung wird dem Säugling zuteil, wenn er Hunger verspürt und die Mutter darauf entsprechend reagiert; eine typische unlustvolle, schmerzhaft oder frustrierende Erfahrung macht er hingegen, wenn die Bezugsperson seine Bedürfnisse aus welchen Gründen auch immer

nicht befriedigt. Zu Beginn des Lebens wird die Intensität dieser Momente noch nicht durch einen breiten internalisierten Erfahrungskontext abgefedert.

Diese Phasen extrem hoher Affektintensität, in denen sich das Selbst in einer Beziehung zur Anderen erlebt, werden zusammen mit *affektbesetzten Erinnerungsstrukturen* in der sich entwickelnden Psyche *gespeichert* (Abb. 1-2). So schreibt Kernberg (1997 [1992], S. 26): »Mit starken Affekten verbundene Erfahrungen erleichtern das Verinnerlichen primitiver Objektbeziehungen, die sich in befriedigende oder nur-gute auf der einen und aversive oder nur-schlechte auf der anderen Seite gruppieren. Mit anderen Worten, das Anlegen affektiver Erinnerungsstrukturen geht leichter vor sich, wenn das Kind Selbst und Objekt erlebt, während es sich in einem Affektzustand hoher Intensität befindet«. Diese affektbesetzten Erinnerungsstrukturen beeinflussen das heranreifende Motivationssystem des Kindes, weil der Säugling in affektintensiven Zuständen wahrscheinlich das internalisiert, was er als überlebenswichtig wahrnimmt – er muss bekommen, was er braucht, und vermeiden, was ihn schmerzt oder bedroht.

Die Objektbeziehungsdyade, welche die frühen Befriedigungserfahrungen repräsentiert, besteht aus dem Idealbild einer perfekten, nährenden Anderen sowie eines zufriedenen, befriedigten Selbst; die Frustrationserfahrungen hingegen werden durch das vollständig negative Bild einer versagenden oder sogar sadistischen Anderen und eines bedürftigen, hilflosen, verängstigten Selbst repräsentiert. Wenngleich diese Bilder spezifische Augenblicke und nicht die Gesamtheit oder Kontinuität des Objekts repräsentieren, werden sie im Gedächtnissystem als Niederschrift einer umfassenderen Realität enkodiert. Dieses System ist so beschaffen, dass ein Säugling, dessen Bezugsperson sich im Großen und Ganzen aufmerksam und fürsorglich verhält, gleichwohl innere Bilder eines sadistischen, versagenden Objekts aufbaut, weil er vorübergehende Frustrations- oder Entbehrungserfahrungen gemacht hat. In ähnlicher Weise kann ein Säugling mit einer Bezugsperson, von der er weitgehend vernachlässigt oder gar misshandelt wird, hin und wieder befriedigende Erfahrungen machen, die in Kombination mit seiner Sehnsucht nach Befriedigung das innere Bild eines liebenden, fürsorglichen Objekts entstehen lassen.

Beeinträchtigungen der Mutter-Säugling-Interaktion führen zu Abweichungen von diesem optimalen Entwicklungspfad, so dass in der heranreifenden Psyche u. U. negative Erfahrungen gegenüber den positiven in den Vordergrund treten. Das innere Bild vom Selbst wie auch die Repräsentationen anderer Menschen bilden sich schon früh heraus, und zwar auf der Grundlage des allmählichen Spracherwerbs und der Enkodierung von Erinnerungen sowohl semantischer Art (objektive Information über die Welt) als auch episodischer (wiederholtes Erleben von Vorgängen und Ereignissen). Das autobiographische Gedächtnis ist jene Form des episodischen Gedächtnisses, die aus persönlichen und dauerhaften Konzeptionen der eigenen Lebensgeschichte besteht (Nelson und Fivush 2004). Die Entwicklung der Selbstrepräsentationen erfolgt in einer Sequenz, die von unrealistisch positiven und negativen Einschätzungen, dem Alles-oder-nichts-Denken der Kindheit, bis zu positiven und negativen Einschätzungen reicht, in denen die Fähigkeit der mittleren bis späten Kindheit Ausdruck findet, gegensätzliche Eigenschaften zu integrieren (Harter 1999).

Störungen der Beziehung zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen und/oder frühe Traumatisierungen üben auf die sich entwickelnden Selbst- und Fremdkonzepte einen tiefgreifenden Einfluss aus (Harter 1999). Manche Borderline-Patienten wurden als Kinder sexuell missbraucht; Vernachlässigung, Gleichgültigkeit und fehlende Einfühlsamkeit haben ebenfalls extrem abträgliche Folgen (Cicchetti et al. 1990; Westen 1993). Kinder, die in einer solcherart gestörten Umwelt heranwachsen, entwickeln unsichere Bindungen an ihre primären Bezugspersonen (Cicchetti et al. 1990; Westen 1993), die die Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstkontrolle und Selbstregulation beeinträchtigen. Die inneren Selbst- und Fremdkonzepte sind durch extrem negative Affekte und durch Abwehroperationen in Mitleidenschaft gezogen, die der Vermeidung von Schmerz und Unlust dienen und das Informationssystem verzerren.

1.2.4 Motivationsaspekte: Affekte und innere Objektbeziehungen

Affekte sind angeborene Dispositionen, die in den frühen Phasen der menschlichen Entwicklung auftauchen. Das konstitutionell und genetisch determinierte positive und negative Affekterleben wird nach und nach zu allgemeineren Trieben, die auch die Motivation miteinschließen, organisiert, während die mit spezifischen Beziehungsdyaden assoziierten Affekte sich zu breiteren positiven und negativen Segmenten ausdifferenzieren. Gratifizierende, lustvolle Affekte werden als Libido organisiert, unlustvolle, aversive, negative Affekte hingegen als Aggression. Positive ebenso wie negative Affekte prägen das Repertoire an inneren Objektbeziehungen, das jeder Mensch auf der Basis seiner real erlebten und in unbewussten Phantasieprozessen ausgestalteten Interaktionen anlegt und im Gedächtnis speichert. Das heißt, die Welt der inneren Objektbeziehungen besteht aus den Selbst- und den Objektrepräsentationen mitsamt ihrer jeweiligen affektiven Besetzung. Affekte sind also die Bausteine der Triebe, deren Aktivierung sie im Kontext spezifischer internalisierter Objektbeziehungen signalisieren.

Im Laufe der Entwicklung des Säuglings werden mannigfaltige affektiv besetzte Erfahrungen so organisiert, dass ein Segment der Psyche auf der Grundlage befriedigender Erfahrungen aus idealisierten Bildern aufgebaut wird und ein weiteres auf der Grundlage erlebter Versagung aus negativen, aversiven, feindseligen Bildern. In der frühen Entwicklung erfolgt eine aktive intrapsychische Trennung zwischen diesen Segmenten (Abb. 1-3).

Wenn sich das Kind normal entwickelt, findet im Laufe der ersten Lebensjahre eine allmähliche Integration dieser extrem guten und extrem bösen Selbst- und Fremdrepräsentationen statt. So bilden sich komplexere und realistischere innere Repräsentationen des Selbst und des Objekts¹ heraus: Sie tragen der Realität Rech-

1 Der Begriff *Andere/Anderer* bezeichnet die Menschen, die im Leben des Individuums eine Rolle spielen. Der Begriff *Objektrepräsentation* bezeichnet die psychische Repräsentation des Objekts der Affekte und Triebe. Die Objektrepräsentation leitet sich aus Erfahrungen mit anderen her, ohne jedoch exakt deren objektiver Realität zu entsprechen.

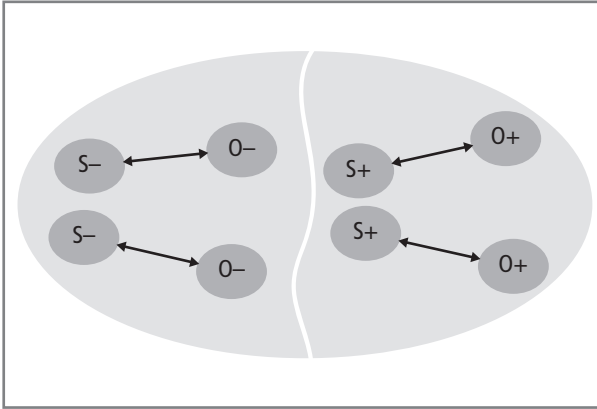


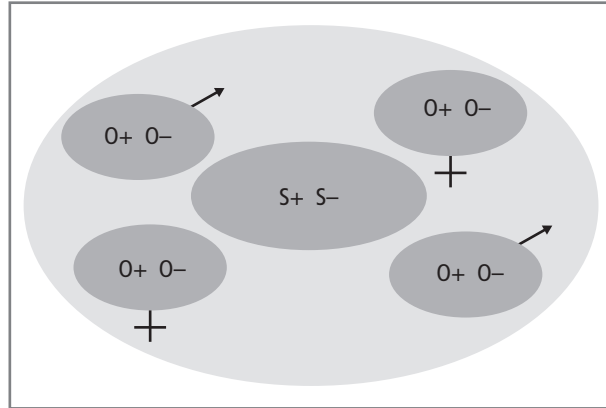
Abb. 1-3 Gespaltene Organisation: Subjektive Wahrnehmung von ausschließlich bösen bzw. ausschließlich guten inneren Repräsentationen.

O = Objektrepräsentation;
S = Selbstrepräsentation

nung, dass jeder Mensch gute wie auch negative Eigenschaften besitzt und sich manchmal befriedigend, manchmal aber auch versagend verhält (Abb. 1-4).

Menschen mit einer Borderline-Pathologie haben diesen Integrationsprozess nicht durchlaufen, so dass eine dauerhafte Spaltung zwischen den Sektoren der idealisierten bzw. persekutorischen intensiven Affektzustände erhalten geblieben ist. Dyaden wie die in Abb. 1-2 gezeigten spielen in dieser gespaltenen inneren Struktur eine überaus wichtige Rolle: Das »hungrige, bedürftige Selbst« kann als »Opfer« der »sadistischen, versagenden Anderen« erlebt werden; das »hungrige und schließlich befriedigte Selbst« kann als das »uneingeschränkt geliebte Objekt« der »idealen, responsiven Anderen« erlebt werden. Diese Trennung »schützt« die idealisierten, von warmen, liebevollen Gefühlen gegenüber dem als befriedigend empfundenen Objekt erfüllten Repräsentationen vor den negativen Repräsentationen, die mit Angst, Wut und Hass verknüpft sind. Ein wichtiger Aspekt der Objektbeziehungstheorie, der sie von einer rein kognitiven Psychologie unterscheidet, ist die Annahme, dass es sich bei diesen Repräsentationen nicht um ausschließlich kognitive Bilder handelt, sondern dass sie mit intensiven primitiven Affekten – einschließlich des Hasses auf das frustrierende Objekt – zusammenhängen. Weil Hass durch den Wunsch zu zerstören definiert ist, müssen in dieser primitiven psychischen Organisation die guten und bösen Segmente voneinander getrennt werden; nur so bleiben die »idealen« Selbst- und Objektrepräsentationen vor der Gefahr bewahrt, durch den mit den »bösen« Repräsentationen assoziierten Hass vernichtet zu werden. Diese Trennung wird durch den inneren Spaltungsmechanismus, das Paradigma der primitiven Abwehrmechanismen, herbeigeführt. Er besitzt für die Borderline-Pathologie zentralen Stellenwert. Wenngleich diese radikale Spaltung der Affekte in extrem gegensätzliche Lager dem Individuum die Anpassung an die komplexe äußere Realität nicht eben vereinfacht, kann sie doch die Angst ein wenig lindern, da sie einen ersten Versuch darstellt, die verwirrende Affektmischung zu organisieren, die das Individuum in Reaktion auf die Welt erlebt. Wenn dieses System durch den therapeutischen Veränderungsprozess infrage gestellt wird, fällt es dem Patienten schwer, darauf zu verzichten.

Abb. 1-4 Normale Organisation: Integration mit einem Gewährsein der Komplexität.
 O = Objektrepräsentation;
 S = Selbstrepräsentation



Melanie Klein (2000 [1946]) bezeichnete diese gespaltene innere Welt der ausschließlich guten sowie ausschließlich bösen inneren Repräsentationen als *paranoid-schizoide* Position. Der schizoide Charakter dieser Position ist ein Ergebnis der Spaltung. Der paranoid Charakter ist darauf zurückzuführen, dass das »böse«, verfolgende Objekt auf äußere Objekte projiziert wird und das Subjekt sich daraufhin vor Aggression von außen zu fürchten beginnt. Eine solche psychische Struktur erschwert jede Intimität, weil die Annäherung an einen anderen Menschen gleichbedeutend ist mit der Annäherung an eine vermeintliche Aggressionsquelle. Im Laufe der normalen Entwicklung wird die gespaltene, paranoid-schizoide Position überwunden; an ihre Stelle tritt eine integrierte und in höherem Maß differenzierte psychische Struktur, die es dem Individuum ermöglicht, die Mischung aus liebevollen und aggressiven Affekten, die sowohl für das Selbst als auch für seine Objekte charakteristisch ist, anzuerkennen. Es überwindet den Bereich der Extreme, in dem es entweder nur den perfekten Anderen und das perfekte Selbst oder aber das ausschließlich negative Selbst und den ausschließlich negativen Anderen wahrnimmt, und entwickelt realistischere, komplexere Repräsentationen, die gleichwohl »hinreichend gut« bleiben. Aus zwei Gründen bezeichnete Melanie Klein diese psychische Struktur als *depressive Position*. Sie geht mit dem Verlust der unrealistischen, idealisierten Repräsentationen des Selbst und der Bezugsperson und infolgedessen mit der Notwendigkeit, um diesen Verlust zu trauern, einher. In Verbindung mit diesem schwierigen Schritt kann sich die Sehnsucht nach dem Idealen auf symbolische Bereiche, zum Beispiel die Kunst oder die Spiritualität, verschieben. Zweitens bedeutet das Erreichen der depressiven Position, dass das Subjekt die Aggression, die es zuvor ausschließlich in anderen Menschen wahrgenommen hat, nun auch in sich selbst anzuerkennen vermag. Das Ergebnis sind Schuld- und Reuegefühle wegen der Aggression, die sich bedenkenlos gegen andere gerichtet hat, solange diese durch die Linse des ausschließlich bösen inneren Objekts wahrgenommen wurden. Eines der Ziele der TFP besteht deshalb darin, dem Patienten zunächst die Weiterentwicklung von der paranoid-schizoide zur depressiven Position zu erleichtern und ihm dann dabei zu helfen, die mit der