

50 Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference-focused Psychotherapy, TFP) und Borderline-Persönlichkeitsstörung¹

Frank E. Yeomans, Diana Diamond²

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| Einleitung | 543 | Der Deutungsprozess | 550 |
| Primitive Abwehrmechanismen | 548 | Empirische Befunde zur Übertragungsfokussierten Psychotherapie | 552 |
| Die Kernmethode der Übertragungsfokussierten Psychotherapie | 548 | Klinisches Fallbeispiel | 554 |
| Der Behandlungsvertrag | 549 | Klinische Schlüsselkonzepte | 557 |
| Der therapeutische Prozess | 549 | | |

Einleitung

Bei der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (Transference-focused Psychotherapy, TFP; Clarkin, Yeomans u. Kernberg 2006, dt. 2008) handelt es sich um ein manualisiertes psychodynamisches Therapieverfahren, welches speziell zur Behandlung von Borderline-Störungen entwickelt wurde. Das spezifische therapeutische Vorgehen orientiert sich dabei an der Prämisse, dass Borderline-Erkrankungen auf Störungen der inneren Objektbeziehungen zurückgehen (Kernberg 1975, 1978; 1984, 1988). Während sich die folgenden Ausführungen auf die Anwendung der Übertragungsfokussierten Psychotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen beziehen, sind die Kernprinzipien und

Kerntechniken des Verfahrens in modifizierter Form auch auf andere Persönlichkeitsstörungen anwendbar (Caligor, Kernberg u. Clarkin 2007; Diamond 2007; Diamond u. Yeomans 2008).

Es gibt zunehmend empirische Belege dafür, dass die Übertragungsfokussierte Psychotherapie zu signifikanten klinischen Verbesserungen in den Bereichen Symptomatologie und psychosoziales Funktionsniveau führt (Clarkin, Foelsch et al. 2001; Clarkin, Levy et al. 2007; Levy, Clarkin et al. 2006). In einer Reihe von früheren Aufsätzen haben wir unsere Forschungsergebnisse aus drei verschiedenen Studien vorgestellt, die allesamt Veränderungen in mehreren untersuchten Dimensionen belegen. So bewirkte die Übertragungsfokussierte Psychotherapie einen signifikanten Rückgang an suizidalen und parasuizidalen Handlungen und Phantasien, einen signifikanten Rückgang in den Bereichen »Depression« und »Angst« sowie in der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungseinrichtungen (z. B. dem Aufsuchen von Notaufnahmen). Damit verbunden sind nach einem Jahr Übertragungsfokussierter Psychotherapie ein verbessertes psychosoziales Funktionsniveau sowie Verbesserungen der narrativen Kohärenz und der Mentalisierungsfähigkeit (d. h. der Fähigkeit, den eigenen psychischen Zustand sowie den anderer Menschen zu verstehen) (Clarkin, Foelsch et al. 2001; Clarkin, Levy et al. 2007; Levy, Meehan et al. 2006).

Der Fokus des hier vorliegenden Kapitels wird auf das Therapieverfahren selbst gerichtet sein. Neben einem aus-

1 Das folgende Kapitel wurde in seiner Originalfassung aus »Clarkin JF, Fonagy P, Gabbard GO (eds.). Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders: A Clinical Handbook« entnommen; © 2010 American Psychiatric Publishing, Inc.; Nachdruck mit freundlicher Genehmigung. Es stellt u. a. Ergebnisse des »Cornell Psychotherapy Research Project« vor, das mit Forschungsgeldern des National Institute of Mental Health, der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung sowie der Köhler-Stiftung München unterstützt wurde. Auch die Borderline Personality Disorder Research Foundation (BRDRF) hat unsere Arbeit mit finanziellen Mitteln unterstützt. Der Stiftung und dem Stifter, Herrn Dr. Marco Stoffel, möchten wir an dieser Stelle unseren Dank aussprechen.

2 Übersetzung aus dem Englischen: Petra Holler, München.

fürhlichen Fallbeispiel, welches die Anwendung der Übertragungsfokussierten Therapie illustriert, werden wir einen Überblick über folgende Punkte geben:

- das Objektbeziehungsmodell der Borderline-Pathologie
- Kernstrategien, taktische Vorgehensweisen und Techniken des Verfahrens
- entsprechende Veränderungsmechanismen

Bei der Übertragungsfokussierten Psychotherapie handelt es sich insofern um ein sehr umfassendes Therapieprogramm, da es spezifische therapeutische Interventionen für eine ganze Reihe von Aspekten der Borderline-Pathologie – sowohl allgemeiner als auch idiosynkratischer Art – vorsieht. Die Behandlungsdauer beträgt dabei mindestens ein Jahr oder länger. Während wir die Übertragungsdeutung als zentrales Element sowohl des therapeutischen Vorgehens als auch der therapeutischen Veränderung ansehen, handelt es sich dabei doch nur um eines von vielen Behandlungselementen, wie wir sie in Abbildung 50-1 zusammengefasst haben (Yeomans, Clarkin et al. 2008). Therapeutische Veränderung im Rahmen der Übertragungsfokussierten Psychotherapie beruht auf einer Reihe behandlungstechnischer Interventionen, beginnend mit einer diagnostischen Evalu-

ierungsphase und entsprechenden Rahmenvereinbarungen, welche eine sichere Grundlage für Therapeut und Patient bilden, die im Rahmen der Behandlung häufig zutage tretenden intensiven und stürmischen Affekte zu bearbeiten. Diesem ersten Behandlungsabschnitt folgt eine Phase, in der es um die Identifizierung der dominanten Objektbeziehungsszenarien eines Patienten geht. Mittels Klärung, Konfrontation und Deutung werden diese mit den fluktuierenden affektiven Zuständen des Patienten sowie der im Rahmen der therapeutischen Beziehung immer wieder auftretenden Rollenkehr in Bezug gesetzt, wenn die jeweiligen Pole der Selbst-Objekt-Dyade ausgelebt werden. Gerade die systematische Bearbeitung dieser Selbst-Objekt-Dyaden stärkt die Fähigkeit des Patienten, sein affektives Erleben kognitiv zu repräsentieren und zu »containen«. Das wiederum bedeutet eine Verbesserung des sogenannten »reflective functioning« oder der Mentalisierungsfähigkeit, also das Übertragungsgeschehen zu reflektieren und zu symbolisieren (Caligor, Diamond et al. 2009; Kernberg, Diamond et al. 2008).

Wie bereits erwähnt, richtet sich der Fokus des vorliegenden Kapitels auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Gleichwohl lassen sich die Prinzipien der Übertragungsfokussierten Psychotherapie auf alle Persönlichkeitsstörungen

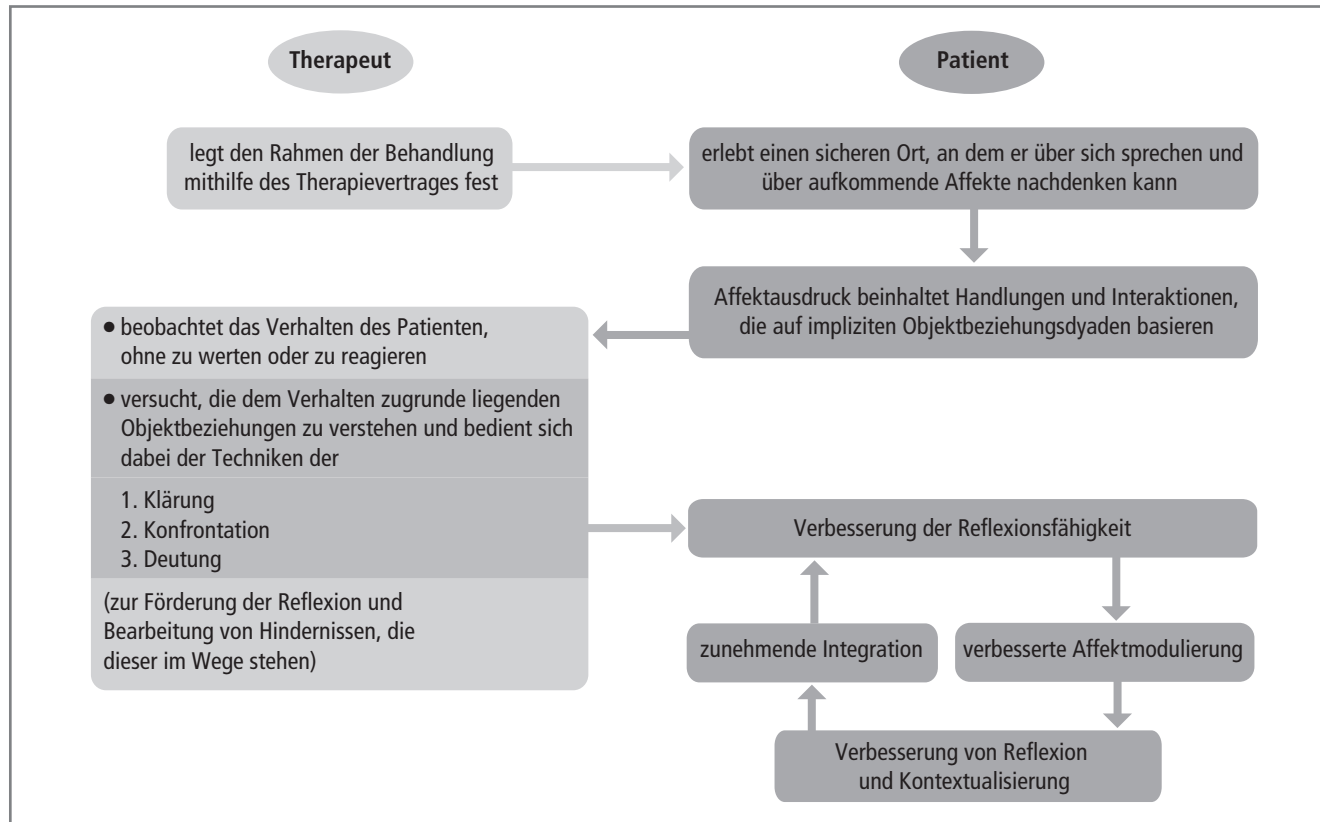


Abb. 50-1 Ein Objektbeziehungsmodell der Borderline-Pathologie.

anwenden, die auf Borderline-Niveau organisiert sind. Das Modell der Übertragungsfokussierten Psychotherapie der Borderline-Pathologie berücksichtigt psychoanalytische Konzepte zur strukturellen Organisation der Persönlichkeit (Kernberg 1984, 1988; 2004a), wie sie unter anderem durch neuronale, sozial-kognitive und neurokognitive sowie interpersonelle Forschungsbefunde bestätigt wurden (Adolphs 2003; Depue u. Lenzenweger 2005; Fertuck, Grinband et al. 2009; Posner, Rothbart et al. 2002; Zaki u. Ochsner, im Druck). Es postuliert eine dynamische Interaktion zwischen Temperament (im Sinne individueller Unterschiede der Affektaktivierung und -regulierung sowie der motorischen Reaktivität), Umweltfaktoren (z. B. Missbrauch oder Vernachlässigung), dem Fehlen von Selbst- oder Objektkohärenz im Kontext eines unsicheren Arbeitsmodells von Bindung (s. Kap. 16), Defiziten der Mentalisierungsfähigkeit (s. Kap. 52) sowie einer gering ausgeprägten »effortful control« (Clarkin, Yeomans u. Kernberg 2006; Gabbard, Miller u. Martinez 2006; Silbersweig, Clarkin et al. 2007).

Während die genannten Aspekte zu den Hauptfaktoren zählen, die im Allgemeinen für das Entstehen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verantwortlich gemacht werden, gibt es gegenwärtig eine lebhafte Debatte darüber, ob bestimmte Kernmerkmale der Störung existieren, die auch im Zentrum der Behandlung stehen sollten. Die Dialektisch-Behaviorale Therapie sieht eine konstitutionell bedingte emotionale Dysregulation sowie Achtsamkeitsdefizite als Kernmerkmale der Störung an (Linehan 1993; Wupperman, Neumann u. Axelrod 2008; s. Kap. 56). Die Mentalisierungsbasierte Therapie wiederum geht von entwicklungspsychologischen Defiziten in der Mentalisierungsfähigkeit aus (Bateman u. Fonagy 2004a; s. Kap. 52). Gunderson und Lyons-Ruth (2008) schließlich sehen eine Hypersensitivität im zwischenmenschlichen Bereich sowie unsichere Bindungsmodelle als entscheidend für die Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung an.

Im Modell der Übertragungsfokussierten Psychotherapie ist es das Merkmal der Identitätsdiffusion, welches den Kern einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ausmacht (s. Kap. 27). Identitätsdiffusion bezeichnet ein mangelhaftes Kontinuitätsempfinden im Selbst- und Fremderleben, das einer polarisierten Spaltung der inneren Welt entspringt, in der andere entweder als Verfolger oder idealisierte Retter wahrgenommen werden (Kernberg 1975, 1978; 1984, 1988). Diese Sichtweise wird durch neueste Forschungsbefunde aus verschiedenen Bereichen gestützt. So betonen Bindungsforscher den Zusammenhang zwischen Borderline-Pathologie und einer Reihe von unsicheren Bindungsmustern, die maladaptive Arbeitsmodelle des Selbst und seiner Bindungspersonen implizieren (Diamond, Stovall-McClough et al. 2003; Fonagy, Leigh et al. 1996; Main 1999; s. Kap. 16). Untersuchungen zur Mentalisierungsfähigkeit sprechen von entsprechenden Defiziten, die es dem Betreffenden unmög-

lich machen, das, was in ihm selbst und in anderen vorgeht, adäquat zu erfassen und zu verstehen (Bateman u. Fonagy 2004a; Fonagy, Leigh et al. 1996; s. Kap. 52).

Neurokognitive Untersuchungen wiederum sprechen von fehlerhaften Informationsverarbeitungsprozessen bei Borderline-Patienten, die durch negative Affekte und eine Beeinträchtigung der sozialen Kognition beeinflusst würden. Die allgemein als gültig angesehene Beobachtung, wonach Borderline-Patienten zu vorschnellen negativen oder aber hypervigilanten oder offen paranoiden Übertragungen in der therapeutischen Situation neigen, wird durch neueste Forschungsbefunde gestützt (Gabbard, Miller u. Martinez 2006; Kernberg 1975, 1978). Die Ergebnisse aus neurowissenschaftlichen Untersuchungen zur sozialen Kognition lassen darauf schließen, dass intensive negative Emotionen mit kognitiven Kontrollmechanismen in der Borderline-Persönlichkeitsstörung interferieren (Fertuck, Lenzenweger et al. 2006; Silbersweig, Clarkin et al. 2007) und von einer erhöhten Sensitivität für soziale Stimuli ausgegangen werden muss. Im Bereich sozialer Anerkennung scheint ein »Paradoxon« (Krohn 1974) wirksam zu sein, wonach Menschen mit einer Borderline-Störung auf den emotionalen und psychischen Zustand anderer Menschen im Moment selbst mit erhöhter Sensitivität reagieren, neutralen Gesichtern von Fremden jedoch mangelnde Vertrauenswürdigkeit attribuieren (Donegan, Sanislow et al. 2003; Fertuck, Grinband et al. 2009).

Auf der Ebene neuronaler Systeme haben bildgebende Verfahren des sogenannten »Neuroimaging« neuronale Korrelate dieser sozialen und kognitiven Prozesse identifiziert, die dem Überwiegen negativer Affekte im Allgemeinen und der Unfähigkeit zur Regulierung der Aggression im Besonderen zugrunde liegen (Silbersweig, Clarkin et al. 2007). Diese neuronalen Korrelate wurden von Kernberg (1975, 1978; 2004a) als zentraler Aspekt der Borderline-Persönlichkeitsstörung postuliert. Dazu zählen:

- eine Hyperaktivität der Amygdala, insbesondere der linken Hemisphäre, die Borderline-Patienten prädisponieren kann, einen neutralen Gesichtsausdruck innerhalb oder außerhalb der Behandlungssituation als böswillig zu interpretieren
- ein vermindertes Funktionsniveau und reduziertes Volumen der präfrontalen Regionen, welche die Fähigkeit zur Affektregulierung, Affektmodulierung sowie in der Folge zur Mentalisierung beeinträchtigt
- eine Hyperresponsivität der HPA-Achse, welche in einen Zustand chronischer Hypervigilanz und affektiver Erregung mündet (Rinne, de Kloet et al. 2002)
- ein vermindertes Volumen des Hippocampus (s. Kap. 13), was dazu führt, Schemata der Selbst-Objekt-Affekt-Verknüpfung, die als implizite (unbewusste) prozedurale Erinnerungen enkodiert sind, automatisch zu wiederholen, wodurch die Ausbildung eines autobiografischen

Narrativs, das sowohl auf impliziten als auch expliziten Erinnerungen basiert, beeinträchtigt wird (Gabbard 2009)

- ein mit dem Nucleus accumbens verbundener, Dopamin-gesteuerter Belohnungsschaltkreis, der die Gratifikation maladaptiver Beziehungsmuster und das Bestreben, sie zu wiederholen, stärkt (Gabbard, Miller u. Martinez 2006)

Obwohl die Mehrzahl dieser Faktoren vor allem bei jenen Patienten anzutreffen ist, die in der Kindheit Missbrauch erfahren haben – was für die meisten, aber nicht alle Borderline-Patienten zutrifft –, weisen Gabbard, Miller und Martinez (2006) auf die interessante Beobachtung hin, dass Verzerrungen der inneren Welt des Selbst und der Objekte für sich genommen bereits eine übermäßige Aktivierung der Amygdala auslösen können (s. Kap. 12). Demzufolge sind Interventionen, die auf die Verarbeitung affektiv besetzter Wahrnehmungen, insbesondere im sozialen und zwischenmenschlichen Bereich, abzielen, von zentraler Bedeutung, um auf Symptomebene Veränderungen zu erzielen, das Selbstgefühl des Patienten und die Qualität seiner zwischenmenschlichen Beziehungen zu verbessern sowie Arbeitsfähigkeit und Kreativität zu stärken.

Eine objektbeziehungsorientierte Sichtweise unterstreicht, wie die Wahrnehmung von Borderline-Patienten durch innere Selbst- und Objektrepräsentanzen sowie die heftigen Affekte, die beide verbindet, beeinflusst wird (s. Kap. 26). Internalisierte Interaktionsrepräsentanzen setzen sich aus einer spezifischen Repräsentanz des eigenen Selbst, des Anderen und des beide verbindenden affektiven Erlebens zusammen. Für die frühe Entwicklung des Kindes, so die Annahme, ist eine innere Repräsentanzwelt charakteristisch, die aus zahlreichen solcher Dyaden besteht – wobei jede einzelne durch eine differente Selbst- und Objektrepräsentanz sowie einen unterschiedlichen verbindenden Affekt gekennzeichnet ist. Diese inneren Repräsentanzen werden durch Lebensereignisse aktiviert und beeinflussen ihrerseits die Art und Weise, wie diese Ereignisse wahrgenommen oder »gelesen« werden. Eindimensionale Repräsentanzen beeinträchtigen dabei die genaue Wahrnehmung von Ereignissen. Im Laufe einer normalen Entwicklung werden diese eindimensionalen Repräsentanzen jedoch in umfassende, vielschichtige und modulierte Repräsentanzen integriert, die der Komplexität des Selbst, anderer Menschen und der Welt sehr viel mehr entsprechen. Menschen, deren Persönlichkeit auf Borderline-Niveau organisiert ist, mangelt es an dieser Integration eindimensionaler, polarisierter und karikaturhafter Selbst- und Objektrepräsentanzen in ein komplexes Ganzes, das für ein Empfinden von Kohärenz, Kontinuität und Eingebundensein sorgt (Clarkin, Yeomans u. Kernberg 2006).

Der Rolle von Impulsen, Affekten und Phantasien wird im Modell der Übertragungsfokussierten Psychotherapie besondere Bedeutung beigemessen. Sie transformieren unser Erleben, sodass es sich bei internalisierten Bildern nicht um eine genaue Reproduktion dessen handelt, was tatsächlich in der Vergangenheit passiert ist. Affekte stellen die zentralen Vehikel dar, über die primäre innere Repräsentanzen entstehen (Kernberg 2004a; Sandler u. Sandler 1987). Kernbergs Formulierung der Objektbeziehungstheorie versteht Affekte als die primären psycho-physiologischen Dispositionen, die durch frühe Körpererfahrungen im Rahmen der Entwicklung von Objektbeziehungen aktiviert werden. Affekte verknüpfen in Form elementarer Dyaden Selbst- und Objektrepräsentanzen, wenn lustvolle und unlustvolle Erfahrungen im Laufe der Entwicklung zunehmen und in ihrer übergeordneten Organisation den Grundstein libidinöser und aggressiver Triebe bilden. Im Zuge normaler Entwicklung werden aus Selbst- und Objektrepräsentanzen die integrierten und komplexen Strukturen des Es, Ich und Über-Ich und bilden das Substrat unseres unbewussten und bewussten Erlebens gleichermaßen.

Primitive Affekte stellen somit ein primäres motivationales System dar, das die kognitive Einordnung momentaner Gratifikation oder Frustration innerhalb der subjektiven Wahrnehmung von Lust oder Unlust im Kontext bestimmter Objektbeziehungen integriert. Wenn also die inneren Bilder, die in den Reaktionen des Patienten auf den Therapeuten reaktiviert werden, sehr wohl eine spezifische Erfahrung oder Beziehung aus der Vergangenheit zu reproduzieren vermögen, so ist doch auch denkbar, dass es sich dabei um ein Konstrukt handelt, dessen Ursprung letztendlich nicht genau benennbar ist. Unser Fokus richtet sich auf die aktuelle psychische Realität: Wie ist sie strukturiert und wie kann sie modifiziert werden?

Unilaterale und polarisierte Selbst- und Objektrepräsentanzen, welche die psychische Struktur eines Patienten konstituieren, stehen oft im Widerspruch zueinander und begründen so die Unfähigkeit des Borderline-Patienten, ein kohärentes Selbsterleben bzw. eine kohärente Sicht anderer Menschen zu entwickeln. Dieses fragmentierte, diffuse und widersprüchliche Selbstgefühl, das wir als Identitätsdiffusion bezeichnen, birgt das Risiko, dass die Wahrnehmung des Patienten ungenau und überzeichnet ausfällt, begleitet von überwältigenden Affekten, was wiederum zu Fehlinterpretationen der eigenen Person sowie anderer Menschen führen kann, zu Affektdysregulation sowie zu Problemen auf Verhaltensebene und im zwischenmenschlichen Bereich. Defizite in der Mentalisierung bzw. in der Fähigkeit, die Intentionalität psychischer Zustände – im Sinne von Überzeugungen, Motiven, Emotionen, Wünschen etc. – zu erfassen, berauben den Borderline-Patienten der kognitiven Fertigkeiten, extreme affektive Erfahrungen, die der Spaltung und Polarisierung seiner inneren Objektwelt ent-

springen, zu verstehen und zu halten. Die Spaltung psychischer Repräsentanzen, die auch durch geringste Auslöser aktiviert werden kann, und die damit einhergehenden Mentalisierungsdefizite sind die Ursache für die Diskontinuität im Erleben des Patienten, für seine Unfähigkeit, ein inneres Narrativ zu entwerfen, welches die Erfahrungen des Hier-und-Jetzt adäquat kontextualisiert – und setzen ihn genau jenen massiven Schwankungen aus, die ihn von einem Extrem ins andere katapultieren. Vor allem in Stresssituationen ist die Affektwahrnehmung unsymbolisiert und unmoduliert, im Gegensatz zur »mentalisierten Affektivität« (Jurist 2005), d. h. der Modulation der Affekte über Sprache und Symbolisierung. Die Intensität des unmittelbaren Erlebens, die nicht durch ein stabiles Identitätsempfinden gerdet oder moduliert wird, führt zu extremen emotionalen Reaktionen, die (selbst-)zerstörerische Ausmaße annehmen können. Der Patient reagiert, als existiere in der Beziehung nur die eine momentane Emotion.

Diese Sichtweise korrespondiert mit den jüngsten Ergebnissen neurokognitiver Untersuchungen, wie wir sie oben zusammengefasst haben. Danach legen Borderline-Patienten eine ausgeprägte Hypervigilanz an den Tag und neigen dazu, Stimuli im zwischenmenschlichen Bereich negativ zu interpretieren. Dies führt zu einer unmittelbaren und nicht selten drastischen Aktivierung einer ganzen Reihe negativer Affekte – mit den entsprechenden Selbst- und Objektrepräsentanzen – im zwischenmenschlichen Bereich wie auch in der therapeutischen Beziehung. Während sich der Patient im Rahmen einer solchen Selbst-Objekt-Dyade typischerweise als Opfer eines aggressiven Gegenüber wahrnimmt, ist doch die gesamte negative Objektbeziehungsdyade in ihm existent. Wenn wir die aktuellen therapeutischen Verfahren zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen betrachten, so scheint dieser Aspekt allein in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie Beachtung zu finden (s. Kap. 68). Entsprechend der Opfer-Täter-Dyade kommt es zu einer Kristallisation eigentlich normaler und gesunder aggressiver und auf Selbstbehauptung ausgerichteter Impulse um die starke innere Repräsentanz eines realen oder phantasierten Verfolgers. Dies schafft eine innere Struktur, in der jegliches Wachrufen negativer Affekte (z. B. Wut, Neid, Verzweiflung) ein extremes und als giftig erlebtes Bild schafft, was wiederum zur Entladung des Affekts über Ausagieren und Projektion führt. Die auf Integration ausgerichtete therapeutische Arbeit hilft dem Patienten, negative Affekte dieser Art zu tolerieren und damit fertig zu werden, ohne auf primitive Abwehrbewegungen zurückgreifen zu müssen. Sie hilft, gesunde aggressive Impulse von extremen inneren Bildern, die jegliche Erfahrung eines aggressiven Affekts unerträglich erscheinen lassen, zu differenzieren.

Wird eine Dyade aktiviert, kann das subjektive Erleben des Patienten zwischen beiden Polen der Dyade oszillie-

ren. Die Enttäuschung eines Patienten kann so zum Gefühl werden, einem grausamen Gegenüber zum Opfer zu fallen, was mit einem feindseligen Gegenschlag beantwortet werden muss. In seiner Inszenierung der »Opfer-Täter«-Dyade sieht sich der Patient bewusst als Opfer. Nicht zugänglich ist ihm jedoch die aggressive »Täter-Seite«, die sich in seinem Verhalten widerspiegelt. Unserer Erfahrung nach verbergen sich jedoch in solchen negativ besetzten Dyaden nicht selten starke Wünsche nach Nähe und Verbundenheit mit dem Therapeuten, der, angesichts der häufigen Defizite im Bereich sozialer Wahrnehmung, als nicht vertrauenswürdig oder gar schädlich wahrgenommen wird (Fertuck, Grinband et al. 2009; Koenigsberg 2009).

Die therapeutische Arbeit umfasst somit auch die Bewusstmachung der doppelten Identifizierung (Opfer und Täter) innerhalb negativer Dyaden sowie der Spaltung zwischen negativ besetzten Dyaden und den gleichermaßen extremen, weil unrealistisch und idealisiert positiven Dyaden. Negative Affekte können folglich in ein differenziertes Ganzes integriert werden. Ziel ist es, die Fähigkeit des Patienten zu stärken, mit seinen aggressiven Impulsen besser fertig zu werden, anstatt sich ihnen ausgeliefert fühlen zu müssen. Idealisierte positive Affekte sollen auf der anderen Seite in realistischere Erwartungen moduliert werden. Die Techniken der Übertragungsfokussierten Psychotherapie, die wir im Folgenden näher ausführen werden, fördern die Integration und Modulierung abgespaltener Erfahrungen und ermöglichen es, dass extreme Affekte allmählich im Sinne von Selbst-Objekt-Repräsentanzen bzw. Dyaden verstanden werden, die sich in ihre gegensätzlichen Selbst-Objekt-Affektkonstellationen integrieren lassen. Dies führt zu einer Modulierung von Affekten, insbesondere der Meisterung und Sublimierung aggressiver Affekte, sowie zur Stärkung kognitiver Funktionen, zu denen auch eine beginnende reflexive Funktion zählt.

Die Integration abgespaltener negativer, insbesondere aggressiver Gefühle stellt im Allgemeinen die größte Schwierigkeit für einen Patienten dar. Integration bedeutet, nunmehr mit Aspekten des eigenen Selbst zurechtkommen zu müssen, die zuvor verleugnet, d. h. ausagiert und projiziert wurden. Auch wenn dieser Prozess schmerzlich ist und mit Schuldgefühlen angesichts des eigenen, in der Vergangenheit als gerechtfertigt angesehenen Verhaltens einhergeht, so birgt er doch eine Bereicherung für den Patienten und die Tiefe seines emotionalen Erlebens. Er erfährt, dass Wut und Aggression, die zuvor nur in karikaturhaft überzogener Art und Weise erlebt wurden, sehr wohl kontrolliert und in den Dienst positiver Ziele wie Ehrgeiz, konstruktives Rivalisieren und Kreativität gestellt werden können.

Die grundlegende Spaltung im Borderline-Patienten ist somit keine Spaltung zwischen »gutem« Opfer und »bösem« Täter, sondern zwischen einer Täter-Opfer-Dyade, deren beide Pole affektiv ausschließlich negativ besetzt

sind, und einer Dyade zwischen geliebtem Selbst und idealer Bezugsperson, deren rein positive affektive Besetzung gleichermaßen unrealistisch-überzogen ist. Die in diesem Sinne polarisierten positiven und negativen Affekte neigen dazu, sich gegenseitig abzuwehren, d. h., die Erfahrung eines positiven Affekts erlaubt nicht den leisesten Hauch einer negativen Empfindung und umgekehrt. Dieses System dient dazu, jene Angst abzuwehren, die im Patienten aufkommt, wenn widerstreitende positive und negative Affekte sowie die damit verbundenen Repräsentanzen gleichzeitig ins Bewusstsein drängen.

Jedes Anzeichen in dieser Richtung ruft den altbekannten inneren Zustand der Spaltung auf den Plan, um die idealen Selbst- und Objektbilder vor dem Hass und der Wut zu schützen, die mit den verfolgenden und aggressiv besetzten inneren Bildern assoziiert sind. Dies verhindert, dass der Patient sich seiner inneren Welt in ihrer Gesamtheit und Tragweite bewusst wird, und mündet nicht selten in Gefühle der Leere, Diskontinuität im Selbsterleben und affektive Instabilität. Diese dissoziierte (oder abgespaltene) Abwehrstruktur verzerrt das bewusste Erleben und Denken und löscht es aus – mit anderen Worten: es kommt zu einer Fragmentierung und Auflösung des Denkens durch Angriffe auf deren Verbindungsstrukturen (»attacks on linking of thoughts«; Bion 1967). Mächtige Affekte brechen sich dann Bahn in Handlungen ohne kognitives Bewusstsein. In der Übertragungsfokussierten Psychotherapie geht es darum, genau jene Beziehungsdynaden ausfindig zu machen, die diesen primitiven Affekten und impulsiven Verhaltensweisen zugrunde liegen, um über ein vertieftes Verständnis der inneren Bilder eine Verbesserung der Affekt- und Verhaltenskontrolle zu erreichen.

Primitive Abwehrmechanismen

Es ist diese dissoziierte (gespaltene) Organisation des inneren Erlebens, die den primitiven Abwehrmechanismen zugrunde liegt, basierend auf der grundlegenden Spaltung positiver und negativer Affekte und Impulse. Aufgrund der Schwierigkeit, negative Affekte zu tolerieren, neigen Borderline-Patienten dazu, sie auszuagieren oder – infolge ihrer Hypersensitivität für visuelle und zwischenmenschliche Reize – sie via Projektion als vom Gegenüber kommend zu erleben. So kann sich ein Patient angesichts einer notwendigen Stundenabsage oder -verschiebung tief getroffen oder verletzt zeigen und mit Abbruch der Behandlung drohen, ohne sich darüber bewusst zu sein, dass Feindseligkeit und Zurückweisung, die er im Therapeuten auszumachen glaubt, in Wirklichkeit sein eigenes Verhalten kennzeichnen. Wir haben es hier mit projektiven Mechanismen zu tun, die dafür sorgen, dass Teile des eigenen inneren Er-

lebens einem Gegenüber zugeschrieben werden, was zu einer weiteren Verzerrung der zwischenmenschlichen Beziehungen führt. Zu diesen typischen Mustern von Instabilität und Verwirrung im zwischenmenschlichen Bereich kommt es, wenn sich die Projektion negativer Affekte mit einer Wahrnehmung des Gegenüber als gut und wohlwollend abwechselt oder wenn im Rahmen stabiler feindseliger Beziehungen die Projektion negativer Affekte den Anderen als anhaltend schlecht und verfolgend ausweist.

Varianten der Spaltung und Projektion sind:

- projektive Identifizierung, in welcher der Patient im Anderen jenen Affekt oder Impuls induziert, den zu tolerieren er selbst nicht in der Lage ist
- omnipotente Kontrolle, in welcher der Patient feindselige Affekte auf das Gegenüber projiziert, um sogleich das Bedürfnis zu verspüren, den Anderen zu kontrollieren und zu verhindern, zum Opfer seiner (vermeintlichen) Feindseligkeit zu werden

Gerade das Vorherrschen projektiver Mechanismen verlangt vom Therapeuten, sehr genau auf seine Gegenübertragung (d. h. sein emotionales Erleben in der Interaktion mit dem Patienten) zu achten, also darüber zu reflektieren, was an den eigenen Reaktionen möglicherweise der Aktivierung eines Affekts im Patienten entsprechen könnte, den dieser nicht zu tolerieren in der Lage ist (projektive Identifizierung). Gelangt der Therapeut zu einem Verständnis dieser Reaktionen, ermöglicht dies in aller Regel wertvolle Informationen über die innere Welt des Patienten.

Die Kernmethode der Übertragungsfokussierten Psychotherapie

Die extremen affektiven Reaktionen von Borderline-Patienten und die damit einhergehenden Verhaltensmuster wirken sich auf das Leben und die Therapie der Patienten gleichermaßen zerstörerisch aus. Die Art und Weise der affektiven Entladung umgeht deren bewusste Wahrnehmung und bringt den Patienten somit um die Möglichkeit, darüber nachzudenken und sie in der Folge zu integrieren und zu modifizieren. Aus diesem Grund muss die Behandlung so aufgebaut sein, dass (aus-)agierendes Verhalten begrenzt und dem Patienten ein therapeutischer Rahmen zur Verfügung gestellt wird, der die Aktivierung, Beobachtung und Reflexion seiner Selbst- und Objektrepräsentanzen ermöglicht.

Übertragungsfokussierte Psychotherapie basiert auf der Überzeugung, dass sich die Objektbeziehungsdyaden, welche die innere Welt des Patienten strukturieren, auch in der Übertragung zum Therapeuten zeigen werden und es

deshalb besonders wirksam ist, sich in der therapeutischen Arbeit auf genau diesen Bereich zu konzentrieren. Das Arbeiten innerhalb der Übertragung hilft zu bestimmen, ob die affektiven Reaktionen des Patienten auf einer objektiver Realität basieren (z. B. einem Ehemann, der verantwortlich für das Unglück der Patientin ist) oder aufgrund eines inneren Bildes erfolgen (z. B. einem inneren Verfolger, der auf den Therapeuten projiziert wird, sobald dieser eine Stunde verschieben oder absagen muss) oder ob beides die Ursache ist. Die behandlungstechnische Fokussierung von Affekten, wie sie sich in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient unmittelbar manifestieren, beugt zudem der Gefahr intellektualisierender Deutungen vor.

Grundlage der Therapie ist die unter kontrollierten Bedingungen stattfindende Reaktivierung dissoziierter (abgespaltener) oder projizierter internalisierter Objektbeziehungen, wie sie das Übertragungsgeschehen bestimmen, mit dem Ziel, die inneren Repräsentanzen des Patienten bewusst zu machen und sie in ein differenzierteres Identitätsempfinden zu integrieren. Wenn wir diesen Prozess im Lichte der Bindungstheorie und Bindungsforschung betrachten, so aktiviert die Behandlungssituation der Übertragungsfokussierten Psychotherapie mit ihrer dyadischen Nähe und Intensität die primären inneren bindungsspezifischen Arbeitsmodelle, welche im Fall schwerer gestörter Patienten unsicherer und konflikthafter Natur sind und sich durch Widersprüchlichkeit und Uneindeutigkeit auszeichnen (Diamond, Stovall-McClough et al. 2003; Fonagy u. Bateman 2005; Main 1999). In diesem Sinne ist das Ziel der Behandlung die Schaffung von mehr Bindungssicherheit.

Der Behandlungsvertrag

Um die genannten Ziele zu erreichen und das Reflexionsniveau des Patienten zu verbessern, gilt es Rahmenbedingungen in der Therapie zu schaffen, die ein Agieren und heftige Affektstürme begrenzen. Nach einer eingehenden diagnostischen Evaluierung folgt die sogenannte »Vertragsphase«, in welcher die Rahmenbedingungen der Behandlung festgelegt werden. Ausgangspunkt ist hierbei die Überlegung, dass es sich bei den Schwierigkeiten des Patienten um psychische Probleme handelt, die auch entsprechend definiert werden – d. h. um eine Störung der Kernidentität, die sich auf vielfältigste Weise manifestiert, unter anderem als heftige und rasch wechselnde Affektstürme sowie damit einhergehend agierendes Verhalten. Die Richtlinien und Rahmenbedingungen umfassen auch eine Beschreibung der Verantwortlichkeiten aufseiten des Patienten und des Therapeuten. Dazu zählen unter anderem Empfehlungen zum Umgang mit agierendem Verhalten (Clarkin, Yeomans u. Kernberg 2006; Levy, Yeomans u. Diamond 2007; Yeomans,

Selzer u. Clarkin 1992). Mithilfe des Behandlungsrahmens soll eine Struktur geschaffen werden, die nicht nur möglichen Störungen der Therapie vorbeugt und das Risiko eines Therapieabbruchs mindert, sondern auch die für das therapeutische Feld notwendige Sicherheit und Stabilität garantiert, um die reaktivierten Objektbeziehungsdyaden oder bindungsspezifischen Arbeitsmodelle adäquat, d. h. mit dem nötigen Maß an Containment, zu reflektieren und zu bearbeiten. Der Therapievertrag stellt für Therapeut und Patient gleichermaßen einen sicheren Hafen dar, wenn der Patient unter heftigsten Affektstürmen leidet oder ein Mangel an Affekten und Gedanken vorliegt, welcher wiederum aus systematischen Angriffen auf die Verknüpfungen des Denkens (Bion 1967) resultiert, den Patienten innerlich abtötet und als Roboter erscheinen lässt. Dieser Angriff auf das Denken kann sich bereits in der Anfangsphase einer Behandlung manifestieren, wenn die innere Welt des Patienten durch tief greifende Spaltungen und scheinbar irreversible Projektionen nachhaltig geschädigt wurde, was nicht nur die Gefahr selbstdestruktiven Ausagierens, sondern das Risiko der Zerstörung der Therapie selbst erhöht.

Der therapeutische Prozess

Die dyadische Nähe des Behandlungssettings in Verbindung mit der ungleichen Rollenverteilung zwischen Patient und Therapeut führt rasch zur Aktivierung der inneren Objektbeziehungsmuster des Patienten. Mithilfe kognitiver Klärung versucht der Therapeut hier zunächst zu klären, was der Patient wahrnimmt und wie dieses Erleben zu seinen Gefühlen in Verbindung zu setzen ist. Eine Klärung in diesem Sinne orientiert sich an den folgenden drei Kommunikationskanälen:

- Inhalt des verbalen Diskurses
- nonverbale Kommunikation und nonverbales Verhalten
- Gegenübertragungsreaktionen, die im Therapeuten wachgerufen werden

Jeder dieser drei Kanäle wird unterschiedliche, voneinander abgespaltene Aspekte der inneren Welt des Patienten zum Ausdruck bringen.

Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie beginnt mit der intendierten Reaktivierung primitiver Objektbeziehungen in einem Rahmen, der dem Therapeuten ermöglichen soll, über das therapeutische Geschehen zu reflektieren, anstatt unmittelbar auf die Erwartungen und Ängste des Patienten zu reagieren. Seine Haltung ist die der Neutralität (nicht zu verwechseln mit Kälte oder Gleichgültigkeit) gegenüber den Kräften, die in den – intrapsychischen oder interpersonellen – Konflikten des Patienten zum Tragen

kommen. Er ergreift also weder Partei mit den drängenden Impulsen des Patienten, zu handeln, noch mit dessen drängendem Impuls, ein bestimmtes Verhalten zu vermeiden (beides Tendenzen, die für die Störung im Rahmen einer Borderline-Pathologie typisch sind). Ausgenommen hiervon sind Situationen, in denen das Verhalten des Patienten ein nicht zu verantwortendes Maß an Destruktivität oder Selbstdestruktivität annimmt. Der Therapeut nimmt eine Beobachterposition ein, aus der heraus er den Patienten auffordert, mit ihm gemeinsam die sich manifestierenden Konflikte zu beobachten, zu reflektieren. Diese können sich zwischen Liebeswünschen und aggressiven Kräften, Handlungsimpuls versus innerer Hemmung oder zwischen Handlungsimpuls versus der Sorge um die damit verbundenen Konsequenzen entspinnen. Die Fokussierung von Konflikten im Sinne eines intrapsychischen Geschehens im Patienten – und nicht als Ausdruck eines Konflikts zwischen Patient und Therapeut – ist von zentraler Bedeutung. Patienten sind häufig von intensiver Angst getrieben, was diese Konflikte angeht, ohne sich jedoch bewusst zu sein, dass es sich im Grunde um einen innerpsychischen Konflikt handelt, was wiederum auf ihre starke Projektionsneigung zurückzuführen ist, d. h. die Tendenz, Teile eines Konflikts anderen Personen zuzuschreiben. Indem wir als Therapeuten vermeiden, uns mit bestimmten Seiten eines Konflikts zu verbünden, helfen wir dem Patienten, das Konfliktgeschehen in seiner Gänze wahrzunehmen und zu reflektieren und letztlich erfolgreich mit Konflikten umzugehen, anstatt sich ihnen hilflos ausgeliefert zu fühlen.

Die Neutralität des Therapeuten befördert einerseits die Reaktivierung der charakteristischen Objektbeziehungsdyaden im Patienten, hilft diesem jedoch in einem zweiten Schritt, jene Selbstanteile wahrzunehmen, zu akzeptieren und zu integrieren, welche er zuvor nicht bewusst tolerieren konnte, sondern agieren oder projizieren musste. Über die Identifizierung der Selbst-Objekt-Dyaden, ihre Reflexion und ihr Containment wird ihre repetitive automatische Inszenierung kurzgeschlossen. Stattdessen kommt es zu einer allmählichen kognitiven Strukturierung dessen, was zuvor rigide und chaotisch anmutete.

Obwohl es schwierig ist, psychodynamische Psychotherapie im Sinne einzelner Phasen zu definieren – jede Patient-Therapeut-Dyade wird einen sehr individuellen Verlauf nehmen –, lassen sich doch bestimmte Behandlungslinien ausmachen, denen eine Übertragungsfokussierte Psychotherapie im Allgemeinen folgt:

- In der Anfangsphase der Therapie besteht die Hauptaufgabe darin, das affektive Chaos und Durcheinander auszuhalten, mit denen Borderline-Patienten häufig in die Therapie kommen und die nicht selten die Gestalt kaleidoskopartiger Wechsel zwischen Affektstürmen, verbalisierten primitiven Phantasien oder primitiven Inszenierungen annehmen.

- Dem folgen die Identifizierung der Selbst- und Objektrepräsentanzen, die sich aus dem Zustand extremer affektiver Aufladung oder aber affektiver Leere destillieren lassen, sowie, daran anschließend, die genaue Exploration der Rollenkehr in der Übertragung, wenn der Patient zwischen Selbst- und Objektrolle der dyadischen Konstellation hin und her wechselt.
- In einer fortgeschritteneren Phase der Behandlung geht es darum, zu untersuchen, auf welche Art und Weise eine spezifische Objektbeziehungsdyade durch eine andere abgewehrt werden soll. Die in der Übertragung mit ihren vielen verschiedenen Schichten und dissoziierten (abgespaltenen) Aspekten in Szene gesetzten Dyaden werden zur Integration und Modulierung der inneren Welt des Patienten systematisch gedeutet. Von der Deutung aufgegriffen werden auch die unbewussten Motive und Konflikte, welche die Spaltungsmechanismen stimulieren.

Sobald diese Aspekte im Rahmen der Übertragungsbeziehung bearbeitet sind, beginnen Patienten auch außerhalb der Therapie, komplexere und realistischere Beziehungen zu entwickeln. Abschließend sei jedoch darauf hingewiesen, dass dieser kurze Abriss einzelner Therapiephasen den prototypischen Verlauf einer Übertragungsfokussierten Psychotherapie darstellt, eine genaue lineare Abfolge jedoch nicht erwartet werden darf.

Der Deutungsprozess

Der Übergang von einer Therapiephase in die nächste vollzieht sich zum Teil auch durch die verschiedenen Deutungsschritte, die sich zwar mit den einzelnen Therapieabschnitten überlappen, jedoch nicht synonym mit ihnen sind. Klärung, Konfrontation und Deutung der Selbst- und Objektrollen, wie sie in der Beziehung zum Therapeuten, aber auch in den Beziehungen außerhalb der Therapie wahrgenommen werden, stärken die Reflexionsfähigkeit des Patienten als Instrument zum Aufbau einer integrierten Identität. Indem der Therapeut den Patienten auffordert, diese Szenarien, wie sie sich im therapeutischen Setting manifestieren, zu beobachten und zu reflektieren, appelliert er an dessen Fähigkeit, sie als Konstrukte und weniger als tatsächliche Selbst- und Objektrollen zu betrachten – stets mit dem Ziel, die kognitive Repräsentation des affektiven Geschehens zu stärken. Der Therapeut hilft dem Patienten dabei, jene Ängste zu verstehen, die es ihm so schwer machen, primitive positive (libidinöse) und negative (aggressive) Affekte zu integrieren.

Aufgrund von Spaltung und projektiven Mechanismen tun sich Borderline-Patienten schwer, zwischen sich und

anderen zu unterscheiden. Die Fähigkeit, die Motive anderer Menschen unbeeinflusst von den eigenen wahrzunehmen (derer sich der Patient womöglich auch nicht bewusst ist), ist tief greifend gestört. Deutungen im Hier-und-Jetzt beginnen mit dem Versuch, einen Affekt oder eine an einen Affekt geknüpfte Handlung zu verstehen und mit den zugrunde liegenden Selbst- und Objektrepräsentanzen, welche wiederum den Affekt oder die Handlung bedingen, in Bezug zu setzen. Dies bedeutet nicht selten, den Aufmerksamkeitsfokus auf innere Repräsentanzen zu legen, die durch »unannehmbare« Affekte und Impulse charakterisiert sind, seien sie aggressiver oder libidinöser Natur. Die zugrunde liegenden Repräsentanzen bewusst zu machen, hilft dem Patienten, das Motiv zu klären, welches sich hinter seinem Gefühl oder seiner Handlung verbirgt, was wiederum eine weitere Klärung der Genauigkeit der Repräsentanz ermöglicht. Wenn es gelingt, im Moment des Geschehens dem Patienten ein besseres Verständnis seiner selbst und des anderen zu vermitteln – was häufig mit der Erkenntnis verbunden ist, dass die Interaktion wohlwollender ist als anfänglich gedacht –, so wächst seine Fähigkeit, Affekte auszuhalten, ohne sie verleugnen oder ausagieren zu müssen und ohne sich für ihre Existenz verurteilen zu müssen. Dies eröffnet den Weg für die Integration widersprüchlicher Selbst- und Objektwahrnehmungen über die Zeit hinweg.

Der Deutungsprozess beginnt mit einer Klärung. Klären heißt jedoch nicht erklären, sondern den Patienten aufzufordern, darüber zu sprechen, was er im Moment fühlt. Klären ist mit dem Bemühen verbunden, das aktuelle Erleben besser zu verstehen und zum Ausdruck zu bringen. Klärung kann sich auf ein äußeres Ereignis beziehen, das der Patient beschreibt, oder aber auf die unmittelbare Interaktion mit dem Therapeuten. Letzteres ist insofern von großem Nutzen, da Therapeut und Patient das Geschehen gemeinsam explorieren können und somit Zugang zum unmittelbaren Affekt haben. In diesem Sinne ähnelt Klärung einem Grundsatz in der Mentalisierungsgestützten Therapie, welcher die therapeutische Unterstützung des Patienten, den eigenen inneren Zustand und den des Gegenüber akkurat wahrzunehmen, als Kernmerkmal der Therapie definiert.

Bateman und Fonagy (2004a) und andere Autoren vertreten die Auffassung, dass konventionelle Übertragungsdeutungen bei Borderline-Patienten nicht immer wirksam seien und in diesen Fällen der Deutungsprozess auf die jeweiligen klinischen Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten werden müsse. Gleichwohl möchten wir in unserem psychodynamischen Ansatz die zentrale Rolle des Deutungsprozesses betonen. Unserer Auffassung nach kommt es nur dann zu einer Verbesserung der Borderline-Pathologie, wenn der Patient die Möglichkeit erhält, über die Mentalisierung des aktuellen Augenblicks hinauszugehen. Da die Übertragungsfokussierte Psychotherapie den

Konflikt zwischen innerpsychischen Kräften/Affekten als grundlegendes Kennzeichen der Borderline-Pathologie ansieht, glauben wir nicht, dass die Fähigkeit, Selbstzustände akkurat zu lesen, für sich genommen schon ausreicht, um diese Konflikte zu lösen. Die Untersuchungen von Høgland, Bøgwald et al. (2008) könnten in diesem Zusammenhang von Relevanz sein: Sie haben festgestellt, dass sich der Einsatz von Übertragungsdeutungen bei Patienten mit geringer Objektbeziehungsqualität als effektiver erwiesen hat als deren Vermeiden. Da es sich allerdings bei nur 22 % der Studienteilnehmer um Patienten mit einer diagnostizierten Borderline-Störung oder einer Multiplen Persönlichkeitsstörung handelte, bedarf es weiterer Untersuchungen mit rein Borderline-spezifischen Stichproben.

Konfrontation stellt den zweiten Schritt des Deutungsprozesses in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie dar. In der Konfrontation geht es darum, den Patienten aufzufordern, über die Widersprüche nachzudenken, wie sie sich als unvereinbar anmutende Aspekte seiner inneren Welt in der Therapie manifestieren. Auch wenn die Gefühle des Patienten gegenüber dem Therapeuten oder anderen Personen in manchen Momenten klar und eindeutig sind und auch als solche zum Ausdruck gebracht werden, so gibt es doch andere Momente, in denen das, was ein Patient sagt, in deutlichem Widerspruch steht zu dem, was er anderweitig geäußert hat oder wie er sich verhält. Darauf aufmerksam zu machen, konfrontiert den Patienten mit Widersprüchen, deren er sich häufig nicht bewusst ist.

In einem dritten Schritt des Deutungsprozesses soll dem Patienten vermittelt werden, wie das Verständnis eines bestimmten Affekts gegenüber einem Objekt in Bezug gesetzt werden könnte zu anderen, damit in Konflikt stehenden Affekten. Eine Deutung in diesem Sinne ließe sich folgendermaßen formulieren: »Es könnte sein, dass Sie nach jeder Stunde, in der wir einen guten Kontakt hatten, äußern, die Therapie abbrechen zu wollen, weil ein Teil in Ihnen davon überzeugt ist, dass dieses positive Gefühl nicht echt ist, sondern nur ein Trick, und dass es letztlich nur dazu führt, dass ich Ihnen wehtun werde. Wenn das der Fall wäre, dann hätten Sie gute Gründe, die Therapie abbrechen zu wollen. Es würde zudem erklären, warum Sie sich in feindlichen Beziehungen mehr »zu Hause« fühlen.«

In einem späteren Schritt könnte die abgespaltene und projizierte Identifizierung mit einem aggressiven Anteil im Patienten, der es unmöglich macht, sich aus negativen Beziehungen zu lösen, deutend aufgegriffen werden. Die Bewusstmachung dieses aggressiven Anteils eröffnet zum einen die Möglichkeit, in libidinöser Hinsicht mehr Erfüllung zu erfahren, zum anderen können aggressive Affekte stärker in den Dienst der Anpassung und Leistungsfähigkeit gestellt werden.

Deutungen im Rahmen der Übertragungsfokussierten Psychotherapie beziehen sich zum größten Teil auf die psy-

chische Struktur des Patienten und nicht primär auf das Deuten historischer Vorläufer, wie es zuweilen als traditionelles Vorgehen in der Psychoanalyse betrachtet wird. Natürlich ist es nicht falsch, eine Deutung wie die Folgende anzubieten: »Ihre Angst, sich mir nahe zu fühlen, ist verständlich angesichts der Tatsache, dass Sie schon früh die Erfahrung machen mussten, von denen, die Sie liebten, gedemütigt zu werden.« Gleichwohl lässt sich das Erleben eines Patienten nachhaltiger verändern, wenn in die Deutung mit einfließt, wie seine Erwartungen größtenteils von seiner eigenen psychischen Verfasstheit bestimmt sind: »Vielleicht fürchten Sie deshalb, sich mir nahe zu fühlen, weil Sie davon ausgehen, ich könnte mich genauso verhalten, wie Sie sich anderen Menschen gegenüber verhalten: Ein falsches Wort und der andere ist raus aus Ihrem Leben ...!«

Das bewusste Verständnis für aktuelle innere Selbst- und Objektzustände und ihre Verknüpfung mit bestimmten Affekten hat zur Folge, dass die entsprechenden Selbst- und Objektrepräsentanzen in einen größeren zeitlichen und situativen Kontext gestellt werden – und sich so zu einer integrierten Selbst- und Objektwahrnehmung verbinden können. Mit anderen Worten: Momentane Empfindungen gegenüber einer bestimmten Person können nunmehr im Licht und als Teil der Gesamtbeziehung gesehen werden. Wie wir bereits erwähnt haben, überschneiden sich Deutungsprozess und Behandlungsphasen der Übertragungsfokussierten Psychotherapie, sind jedoch nicht synonym. Der gesamte Deutungsprozess kann an nahezu jedem Punkt in der Therapie in einer einzigen Sitzung durchlaufen werden oder sich über viele Sitzungen auf einen einzigen Deutungs-schritt konzentrieren, je nach individueller Störung und individuellem Therapieverlauf.

Empirische Befunde zur Übertragungsfokussierten Psychotherapie

Am »Personality Disorders Institute« wurden bislang drei Therapiestudien durchgeführt, um die Wirkung der Übertragungsfokussierten Psychotherapie auf Symptomatologie, soziale Anpassung, Inanspruchnahme psychiatrischer und allgemeinmedizinischer Dienste, Bindungsorganisation und Mentalisierung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Borderline-Persönlichkeitsorganisation zu untersuchen. Wir haben diese Studien in früheren Veröffentlichungen detailliert beschrieben (s. Clarkin, Foelsch et al. 2001; Clarkin, Levy et al. 2007; Levy, Clarkin et al. 2006; Levy, Meehan et al. 2006; Levy, im Druck).

Im Folgenden möchten wir eine Zusammenfassung unserer Ergebnisse geben, um die empirische Entwicklung unserer Konzeptualisierung des Deutungsprozesses in der

Übertragungsfokussierten Psychotherapie zu veranschaulichen. Mithilfe von Forschungsgeldern des »National Institute of Mental Health« (John F. Clarkin, PI) generierten wir anfängliche Effektstärken der Behandlung über einen Zeitraum von einem Jahr. Die untersuchte Stichprobe der ersten Studie bestand aus Borderline-Patientinnen mit mindestens zwei Episoden suizidalen oder selbstverletzenden Verhaltens in den zwölf Monaten vor Therapiebeginn. Die Behandlung mit Übertragungsfokussierter Psychotherapie führte bei den 20 Patientinnen zu signifikanten Veränderungen in einer Reihe zentraler Problembereiche. Das durchschnittliche Risiko parasuizidaler Handlungen ging signifikant zurück, der allgemeine medizinische Status verbesserte sich signifikant. Nach zwölf Monaten Übertragungsfokussierter Psychotherapie erfüllten 52,9 % der Studienteilnehmerinnen nicht mehr die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Anzahl von Notaufnahmen, stationären Aufnahmen und Krankenhaustagen ging ebenfalls signifikant zurück (Clarkin, Foelsch et al. 2001). Signifikante Veränderungen zeigten sich auch in den Bereichen des »reflective functioning«, einem bindungsbasierten Maß zur Untersuchung der Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy, Steele et al. 1997), während sich der Bindungsmodus der meisten Studienteilnehmerinnen von »desorganisiert« in Richtung »sicher« oder »unsicher gebunden« entwickelte (Diamond, Stovall-McClough et al. 2003).

In einer nachfolgenden Vergleichsstudie untersuchten wir zwei Gruppen von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen: eine Gruppe war ein Jahr lang mit Übertragungsfokussierter Psychotherapie behandelt worden, die andere Gruppe im Rahmen unseres klinischen Settings mit herkömmlichen Therapieverfahren (»treatment as usual«, TAU). Die Anzahl psychiatrischer Notaufnahmen und stationärer Aufenthalte erwies sich in der Gruppe mit Übertragungsfokussierter Psychotherapie als signifikant niedriger als in der TAU-Gruppe. Patienten, welche die Behandlung mit Übertragungsfokussierter Psychotherapie abgeschlossen hatten, zeigten im Vergleich zur TAU-Gruppe ein allgemein verbessertes Funktionsniveau (»Global Assessment of Functioning Scale«, GAF). Alle »within-subject«- und »between-subject«-Effektstärken der Stichprobe wiesen signifikante Veränderungen auf, während es in der TAU-Gruppe entweder zu Verschlechterungen oder zu geringen Effektstärken kam (Levy, im Druck).

Um die Wirksamkeit von Übertragungsfokussierter Psychotherapie im Vergleich mit anderen manualisierten Verfahren zu untersuchen, führten wir schließlich eine randomisierte Vergleichsstudie durch (Clarkin, Levy et al. 2004; Levy, Meehan et al. 2006; Levy, Yeomans u. Diamond 2007), in der wir drei Therapieverfahren in ambulanten Stichproben über einen Zeitraum von einem Jahr gegenüberstellten: Übertragungsfokussierte Psychotherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie (s. Kap. 56) und psycho-

dynamisch orientierte supportive Therapie (Appelbaum, unveröffentlichtes Manuskript). Alle Studienteilnehmer wurden vor und nach der Behandlung anhand des »Adult Attachment Interview« (AAI; George, Kaplan u. Main 1998) untersucht. Im Hinblick auf Symptomatologie und »Global Assessment of Functioning Scale« erwiesen sich alle drei Therapieverfahren als wirksam: In jeder Untersuchungsgruppe zeigten sich signifikante Verbesserungen in den Bereichen »Depression«, »Angst«, »allgemeines Funktionsniveau« und »soziale Anpassung«. Zu signifikanten Verbesserungen im Bereich »Suizidalität« kam es nur in den Gruppen unter Übertragungsfokussierter Psychotherapie und Dialektisch-Behavioraler Therapie, während die Bereiche »Wut« und »Impulsivität« sich nur in den Untersuchungsgruppen Übertragungsfokussierte Psychotherapie und supportive Therapie verbesserten. Interessanterweise erwies sich nur die Übertragungsfokussierte Psychotherapie als signifikanter Prädiktor für Veränderungen in den Bereichen »Reizbarkeit« und »verbale/körperliche Übergriffe« (Clarkin, Levy et al. 2007).

Was die Entwicklung der Reflexionsfähigkeit betrifft (»Reflective-Functioning«, RF), die für den vorliegenden Aufsatz von besonderer Bedeutung war, so konzeptualisierten wir diese als Veränderungsmaß in der Behandlung von Borderline-Patienten und stellten die Hypothese auf, dass sich aufgrund des spezifischen Behandlungscharakters von Übertragungsfokussierter Psychotherapie die Reflexionsfähigkeit nur in dieser Gruppe verbessern würde, nicht jedoch in der Gruppe mit Dialektisch-Behavioraler Therapie oder in der supportiven Stichprobe. Beim »Reflective-Functioning« handelt es sich um einen bindungsspezifischen Index zur Einschätzung der Mentalisierungsfähigkeit, abgeleitet aus dem »Adult Attachment Interview« (George, Kaplan u. Main 1998), der vor und nach der Behandlung bei allen Studienteilnehmern erhoben wurde. Die »Adult Attachment Interviews« wurden anhand des von Main und Goldwyn (1998) entwickelten Klassifikationssystems für die Bereiche »allgemeine Bindungsklassifikation« und »Reflective-Functioning« geratet. Die mithilfe der Übertragungsfokussierten Psychotherapie behandelten Borderline-Patienten wiesen im Ergebnis einen höheren Durchschnittswert auf der »Reflective-Functioning«-Skala auf, während sich der »Reflective-Functioning«-Wert in den beiden anderen Therapiegruppen nicht signifikant veränderte (Levy, Meehan et al. 2006).

Untersucht wurde auch das Niveau der narrativen Kohärenz, d. h. der Fähigkeit, die eigene frühe Bindungsgeschichte plastisch, glaubhaft und in sich konsistent zu berichten. Die Subskala »narrative Kohärenz« im »Adult Attachment Interview« erwies sich als bester Prädiktor für den Modus einer sicheren Bindung ($r = .96$; $p = 0,001$; Waters, Merrick et al. 2001). Ähnlich den Ergebnissen zum »Reflective-Functioning« zeigte sich in der Gruppe unter

Übertragungsfokussierter Psychotherapie eine signifikante Verbesserung der narrativen Kohärenz nach einem Jahr Behandlung, was in den beiden anderen Untersuchungsgruppen nicht der Fall war. Die Verbesserung der Werte im Bereich narrative Kohärenz bei Borderline-Patienten erreichte nahezu das Niveau von Bindungssicherheit. In der randomisierten Kontrollstudie waren 31,7 % als »ungelöst-verstrickt« eingeordnet worden gegenüber 18 %, die nicht klassifizierbar waren (Levy, Meehan et al. 2006). Nach einem Jahr Behandlung hatte sich die Anzahl an Patienten, die als »sicher gebunden« eingeordnet wurden, in der Gruppe unter Übertragungsfokussierter Psychotherapie signifikant erhöht, nicht jedoch in der Gruppe unter Dialektisch-Behavioraler Therapie oder in der supportiven Therapiegruppe.

Welche klinische Relevanz haben nun derartige Verbesserungen der Reflexionsfähigkeit und der narrativen Kohärenz? Und was bedeuten diese Ergebnisse für unser behandlingstechnisches Vorgehen? Als Erstes lässt sich festhalten, dass eine größere Fähigkeit, über sich und andere nachzudenken, zu weniger inadäquaten negativen Zuschreibungen führen sollte, was die Motive anderer Menschen angeht, wie es so charakteristisch für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen ist. Mit anderen Worten: Die Neigung, das Wohlwollen anderer und positive Ereignisse als böswillig zu interpretieren, wird nachlassen und so die bekannte Abwärtsspirale von Fehlinterpretationen und daraus resultierenden negativen Reaktionen aus der Umwelt durchbrechen.

Hinsichtlich der Relevanz signifikanter Veränderungen in Richtung Bindungssicherheit, wie wir sie bei Patienten unter Übertragungsfokussierter Psychotherapie beobachten können, ist es wichtig festzuhalten, dass eine Reihe von empirischen Untersuchungen Bindungssicherheit mittlerweile mit einem optimalen persönlichen, psychosozialen und kognitiven Funktionsniveau in Verbindung bringen (was auch die Qualität der Beziehungen zur jeweiligen Peergroup sowie das kognitive Funktionsniveau in der Kindheit einschließt; Suess, Grossmann u. Sroufe 1992): mit Aufmerksamkeitskontrolle (Harman, Rothbart u. Posner 1997), einem komplexeren Verständnis gemischter Emotionen im Alter von sechs Jahren (Steele, Steele et al. 1999), der Qualität von Liebesbeziehungen in der Adoleszenz sowie dem Grad an innerer Sicherheit in Liebesbeziehungen des frühen Erwachsenenalters (Grossmann u. Grossmann 2003; Sroufe, Edgeland et al. 2005). Im Erwachsenenalter gehen innerpsychische Arbeitsmodelle einer sicheren Bindung mit dem Gefühl einher, der Hilfe und Unterstützung anderer wert zu sein, mit der Fähigkeit, in Krisenzeiten oder bei Verlust andere um Unterstützung zu bitten sowie sozial und emotional schwierige Situationen, die den eigenen Partner betreffen, adäquat einzuschätzen (Grossmann u. Grossmann 2003). Die signifikant erhöhten Werte in der

»Kohärenz«-Subskala, wie sie bei Patienten unter Übertragungsfokussierter Psychotherapie gemessen wurden, nicht jedoch in der Gruppe unter Dialektisch-Behavioraler Therapie oder in der supportiven Therapiegruppe, sprechen für eine verbesserte Fähigkeit, ein klares, lebendiges und glaubhaftes autobiografisches Narrativ zu entwickeln. Diese narrative Kompetenz wiederum wurde mit einer Reihe von Kriterien sozialer Kompetenz und Affektregulierung in Verbindung gebracht (Fonagy u. Bateman 2005; Fonagy, Gergely et al. 2002; Main, Kaplan u. Cassidy 1985).

Was die zweite Frage angeht, so sehen wir uns durch die verbesserten »Reflective-Functioning«-Werte in unserer Überzeugung bestätigt, dass der deutungsorientierte Ansatz der Übertragungsfokussierten Psychotherapie zu intrapsychischen bzw. strukturellen Veränderungen und Symptomverbesserungen gleichermaßen führt. »Reflective-Functioning« wurde mit verschiedenen neurokognitiven Mechanismen in Zusammenhang gesetzt, unter anderem Fähigkeiten der Aufmerksamkeitsregulierung, exekutiven Funktionen sowie Impulsivität, welche allesamt von zentraler Bedeutung für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind (Levy, Meehan et al. 2006). Reflexionsfähigkeit gilt auch als protektiver Faktor bei Menschen mit Traumata oder Missbrauchserfahrungen in der Vorgeschichte, welche an einen unsicheren Bindungsmodus geknüpft sind. So stellten Fonagy, Leigh et al. (1996) fest, dass ein erhöhter »Reflective-Functioning«-Wert im Falle von Missbrauchserfahrungen vor der Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung schützte.

Eine Untersuchung von Slade, Grienbrener et al. (2005) ergab wiederum, dass Kinder von Müttern mit einer unaufgelösten Trauma- oder Verlust Erfahrung eher sicher gebunden waren, wenn ihre Mütter hohe Werte auf der »Reflective-Functioning«-Skala im »Adult Attachment Interview« aufwiesen, während im Falle von niedrigen »Reflective-Functioning«-Werten die Kinder eher einen desorganisierten Bindungsstil entwickelten. Reflexionsfähigkeit kann somit die negativen Auswirkungen einer frühen traumatischen Bindungsgeschichte mildern und vor der generationenübergreifenden Weitergabe unsicherer Bindungsmuster schützen.

Hinsichtlich der Frage zur Behandlungstechnischen Relevanz unserer Untersuchungsergebnisse können wir feststellen, dass Deutungen die Reflexionsfähigkeit eines Patienten erhöhen. In unserer Studie verglichen wir Übertragungsfokussierte Psychotherapie – ein Ansatz, der den Deutungsprozess als zentralen Veränderungsmechanismus konzipiert – mit der Dialektisch-Behavioralen Therapie sowie einer manualisierten Form psychodynamischer supportiver Psychotherapie, welche beide explizit auf Übertragungsdeutungen verzichten. Interessanterweise wird in der Dialektisch-Behavioralen Therapie das Prinzip der Achtsamkeit (mindfulness) besonders betont, das zum Konzept

der Mentalisierung gewisse Überschneidungen im Sinne einer nicht wertenden bewussten Wahrnehmung des Selbst im Hier-und-Jetzt aufweist. Die Tatsache, dass wir in der Stichprobe unter Dialektisch-Behavioraler Therapie keine erhöhten Werte auf der »Reflective-Functioning«-Skala feststellen konnten, lässt darauf schließen, dass Deutungen, welche die Bewusstmachung abgespaltener und projizierter Selbstanteile einschließen, zur Bildung eines umfassenderen und kontextspezifischen Konzepts des eigenen Selbst und anderer Menschen – was wir als zweite Ebene der »Reflective-Functioning« betrachten – beitragen und somit auch die Reflexionsfähigkeit erhöhen. Dass psychodynamisch orientierte supportive Psychotherapien, welche in unserer Studie ebenfalls keine erhöhten »Reflective-Functioning«-Werte aufwiesen, das Prinzip der Klärung innerer Zustände betonen, ohne jedoch zu deuten, spricht ebenfalls für die Annahme, dass Deutungen eine zentrale Rolle für die Verbesserung der Reflexionsfähigkeit spielen.

Klinisches Fallbeispiel

Wir sind uns im Klaren, dass der spezifische Ansatz der Übertragungsfokussierten Psychotherapie, dem Patienten bei der Auflösung seiner externalisierten, unerträglichen Selbstzustände zu helfen, ein schwieriges Unterfangen darstellt. Das Hinterfragen seines Abwehrsystems kann zu einer zeitweiligen Erhöhung seines Angstniveaus beitragen. Gleichwohl führt die Bearbeitung des bösen und verfolgenden inneren Objekts in der Übertragung – das ein ums andere Mal projiziert werden muss (Gabbard 2009; Gabbard, Miller u. Martinez 2006; Kernberg 2004a) sowie maladaptive Abwehrbewegungen mit entsprechend negativ getönten Repräsentanzen auf den Plan ruft – letztlich zur Modulierung negativer Affekte, die an diese Repräsentanzen gebunden sind. Fonagy, Gergely et al. (2002) sprechen hier vom »fremden Selbst« (»alien self«). Der Patient ist nunmehr in der Lage, über diese Repräsentanzen und Affekte nachzudenken, was seine innere Welt reichhaltiger und sein affektives Erleben differenzierter erscheinen lässt. Die Auswirkungen negativer Affekte, insbesondere der Aggression, die mit der gesunden Äußerung liebevoller Gefühle interferieren, lassen nach, was neben einer Verbesserung auf Symptomebene auch die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen erhöht.

Die folgende Fallvignette soll unseren Ansatz sowie die wichtigsten Kernelemente der Übertragungsfokussierten Psychotherapie illustrieren. Um dem Gebot der Schweigepflicht Folge zu leisten und die Identität unserer Patientin – Mira – unkenntlich zu machen, haben wir einzelne Details aus der Krankengeschichte verändert bzw. neu zusammengefügt. In der Anamnese von Mira finden sich depressive

Episoden, Angstzustände, Selbstverletzendes Verhalten, Alkoholabusus, Bulimie sowie mehrere Suizidversuche seit der frühen Adoleszenz, die zu wiederholten stationären Aufenthalten geführt haben, gefolgt von ambulanten Therapieanläufen, die jedoch regelmäßig scheiterten.

Fallbeispiel

Mira wurde nach einem stationären Aufenthalt an Dr. Z. zur weiterführenden ambulanten Psychotherapie überwiesen. Vorausgegangen war ein Suizidversuch der 24-Jährigen mittels einer Überdosis Tabletten, was ihren vorherigen Therapeuten dazu veranlasst hatte, die Therapie zu beenden. Mira war das zweite Kind eines Ehepaars, das dem Mittelstand angehörte. Der Vater war Theaterdirektor und Quartalstrinker, die Mutter eine erfolglose Schauspielerin, die nach der Geburt ihrer Tochter schwer depressiv erkrankte und seither an einer wiederkehrenden Major Depression mit psychotischen Merkmalen litt. Miras Vater neigte zu cholerischen Ausbrüchen und sadistischen Verhaltensweisen. So brachte er im Garten eine Futterstation für Vögel an, um die Vögel, die dort nach Nahrung suchten, zu erschießen. Womöglich um dem etwas entgegenzusetzen, entwickelte Mira ein besonderes Interesse für Tiere und arbeitete ehrenamtlich in einem Tierheim.

In Schulaufführungen zeigte sich Miras schauspielerisches Talent. Sie hatte mehrere platonische Affären mit ihren Schulleitern, von denen einer ein Freund ihres Vaters war. Seit ihrem ersten Suizidversuch im Alter von 15 Jahren hatte es mehrere ambulante Therapieanläufe sowie vier stationäre Aufenthalte gegeben. Mit Anfang 20 heiratete sie, nachdem sie das College abgebrochen und keine Arbeit gefunden hatte. Sie wünschte sich ein Kind, fühlte sich aber »zu krank« dazu. Diagnostisch lag eine Borderline-Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und antisozialen Zügen vor. Dr. Z. erläuterte der Patientin, weshalb er auf der Grundlage dieser diagnostischen Einschätzung eine explorative Therapie vorschlug, deren Fokus auf der Eindämmung des selbstzerstörerischen Verhaltens sowie auf der Exploration der Motive für dieses Verhalten liegen würde. Neben den Standardparametern der Behandlung wurde im Therapievertrag festgelegt, dass Mira regelmäßig an Treffen der Anonymen Alkoholiker teilnehmen sollte, sich an eine Notaufnahme im Krankenhaus wenden würde, wenn sie den Eindruck hatte, ihre selbstdestruktiven Kräfte nicht mehr kontrollieren zu können, sowie einer sinnvollen Tätigkeit nachgehen würde. Darüber hinaus schrieb sie sich für einige Vorlesungen am College ein.

Der Behandlungsbeginn war gekennzeichnet durch wiederholtes Agieren, das eine Mischung aus Grenzsetzung und Containment notwendig machte und auch das Klären der inneren Repräsentanzen einschloss, welche den selbstdestruktiven Handlungen zugrunde lagen. Nachdem sie die Therapie mit einer gewissen Dankbarkeit darüber begonnen hatte, dass Dr. Z. sich nach so vielen gescheiterten Therapieanläufen bereit erklärte, mit ihr zu arbeiten, zeigte sich Mira zunehmend frustriert und beklagte sich, dass Dr. Z. keine nächtlichen Anrufe dulden wollte wie ihr früherer Therapeut, dass er

keine direkten Ratschläge gab oder ihr Mut zusprach und dass er sie nicht umarmen wollte, wenn sie sich hoffnungslos fühlte. Kurzum, sie erlebte ihn als »Roboter«. Sie sprach vom wiederholten Drang, sich zu schneiden, hielt sich aber an den Therapievertrag, der für den Fall eines drohenden Kontrollverlusts eine entsprechende Krisenintervention in einer Notaufnahme vorsah. Behandlungstechnisch konzentrierte sich das Vorgehen in dieser Phase der Therapie hauptsächlich darauf, ihre Wahrnehmung des Therapeuten zu klären und zu reflektieren. Es war nicht überraschend, dass das Bild von Dr. Z. als potenziell ängstigendes und gefährliches Objekt relativ rasch zutage trat, als Mira in einer der ersten Stunden über die mangelnde Fürsorge ihrer Eltern sprach, ausgelöst durch eine Szene mit ihrer Mutter, in der diese der Patientin mitgeteilt hatte, sich Anrufe und Besuche bei ihr finanziell nicht mehr leisten zu können.

Dr. Z.: »Wo sehen Sie mich auf diesem Spektrum von »besorgt« versus »nicht besorgt?«

Mira: »Eher in Richtung meiner Eltern.«

Dr. Z.: »Ihrer Eltern, die sich nicht mehr leisten können, Sie anzurufen.«

Mira: »Und meines Vaters, der sich gewundert hat, warum ich mich nicht vor den Zug geworfen habe, weil das sicher klappen würde.« (lacht) »Aber, so übel sind Sie gar nicht.«

Dr. Z.: »Es fühlt sich aber so an.«

Obwohl sich also relativ früh in der Behandlung eine Objektbeziehungsdyade der Patientin manifestierte, in der als kalt und grausam wahrgenommene Bezugspersonen einem hilflosen und misshandelten Selbst gegenüberstanden, verzichtete der Therapeut zu diesem Zeitpunkt der Therapie auf eine Deutung der Dyade, sondern konzentrierte sich mehr darauf, wie die Patientin ihn wahrnahm.

Einen Monat später kam es zu einer kurzen stationären Krisenintervention infolge andrängender Suizidphantasien. Aufgrund der raschen Stabilisierung konnte die Patientin jedoch nach drei Tagen entlassen werden. Dem Versuch des Therapeuten, die Auslöser der Krise näher zu explorieren, begegnete Mira eher gleichgültig und erklärte dies mit der Schwierigkeit, sich erst an ihre neue Therapie gewöhnen zu müssen. Sie habe zwar den Eindruck, dass es ganz gut laufe, vermisse jedoch die aktive Unterstützung ihres früheren Therapeuten.

Seinem Eindruck folgend, dass hier eine spezifische Dyade am Werk war, zwischen deren Polen das innere Erleben der Patientin oszillierte, wies Dr. Z. auf die oberflächliche und indifferente Art und Weise hin, mit der Mira über sich und die Auslöser der Krise sprach. Er fragte sich, so Dr. Z., ob ihre Suizidphantasien nicht damit zu tun hätten, dass sie ihn, Dr. Z., als gleichgültig ihr gegenüber erlebe. Ohne das Gesagte wirklich aufzugreifen, rechtfertigte Mira ihre Haltung mit dem Hinweis, sie müsse sich einfach erst an ihn gewöhnen.

In den darauffolgenden vier Wochen verfestigte sich bei Dr. Z. der Eindruck, dass etwas Wichtiges in der Therapie abgespalten und nicht direkt zum Ausdruck gebracht wurde. Mira berichtete, dass sie angefangen hatte, sich mit Peter zu treffen, einem Mann aus ihrer Selbsthilfegruppe der Anonymen Alkoholiker, mit dem sie sehr viel

mehr anfangen konnte als mit ihrem »schwerfälligen« Ehemann. Dr. Z. hatte den starken Eindruck, dass hier nicht nur Miras Ehe auf dem Spiel stand, sondern dies auch ihn und die gemeinsame Arbeit bedrohte. Bemüht um technische Neutralität versuchte er ihr die unterschiedlichen Aspekte ihres Agierens vor Augen zu führen: das Gefühl der Vernachlässigung, das mit aller Gewalt das vernachlässigende Gegenüber zur Fürsorge zu bewegen sucht. In der nächsten Woche berichtete Mira, Peter habe ihr seinen Revolver gezeigt und aufgeregt über die Möglichkeit eines erweiterten Suizids gesprochen. Alarmiert und überrascht angesichts des veränderten Tonfalls, der von gleichgültig zu bedrohlich-wütend gewechselt hatte, fragte Dr. Z. die Patientin, ob sie denn gar nicht beunruhigt sei. – Er könne sich wohl nur schwer vorstellen, so die Patientin in einem gleichermaßen indifferent wie provokativ anmutenden Tonfall, dass zwei Menschen ein und dieselbe Phantasie teilten. An dieser Stelle konfrontierte der Therapeut Mira mit der Diskrepanz zwischen ihrer sehr destruktiven Aussage einerseits und dem gleichgültig-provokativen Tonfall, der darin enthalten war, aber nicht zum Ernst der Situation passte. Auf seine Aufforderung hin, über diese Entwicklung nachzudenken, protestierte die Patientin: Er mache zu viel Aufhebens um eine Nichtigkeit.

Für den Therapeuten kam hier der wutentbrannte Teil der Patientin zum Vorschein, dem ihre Wahrnehmung seiner Person als gleichgültiger Roboter vorangegangen war. In ihrer Affäre mit Peter und der destruktiven Wendung, die sie genommen hatte, schien nicht nur ein strafender Selbstanteil der Patientin zum Ausdruck zu kommen, sondern auch der Appell an den Therapeuten, sich aktiver um sie zu kümmern. Folgende Dyaden waren hier wirksam: Zum einen – und der bewussten Wahrnehmung der Patientin noch am ehesten zugänglich – die eines bedürftigen Kindes gegenüber einem gleichgültig-vernachlässigenden Gegenüber. Zum anderen – eher sichtbar im Verhalten der Patientin – die eines von Rachewünschen erfüllten Opfers gegenüber seinem Peiniger, den es zu bestrafen galt. Die bewusste Wahrnehmung dieser Dyade beschränkte sich auf den Part des Opfers, während der verfolgende und bestrafende Teil in der Beziehung zum Therapeuten in Szene gesetzt wurde. Miras wechselnde Identifikationen mit beiden Polen dieser Objektbeziehungsdyade spiegelten sich im Katz-und-Maus-Spiel wider, das sie inszeniert hatte, indem sie sich mit einem sadistischen Mann eingelassen hatte, und das auch ihrem Therapeuten gegenüber – sie hatte ihn durch ihre Bemerkungen zum erweiterten Suizid in Angst und Schrecken versetzt – sadistische Züge trug. Sein Unwohlsein schien sie mit einem heimlichen Lächeln zu quittieren. Darüber hinaus haftete ihren unerwarteten Äußerungen etwas Kontrollierendes an: eine Person, die eine andere dazu bringen will, einzugreifen. Auf einer sehr subtilen Ebene gab es schließlich noch die Dyade der Fürsorge, die für gewöhnlich in den verbalen Äußerungen der Patientin nicht erkennbar war, sondern sich eher in ihrem Verhalten offenbarte: Sie war seit Beginn ihrer Therapie bei Dr. Z. regelmäßig zu den Sitzungen erschienen und hatte mitgearbeitet.

Die therapeutische Herausforderung für Dr. Z. bestand nun darin, mit diesem Material auf eine Art und Weise umzugehen, die einerseits

einen sicheren Rahmen aufrechterhielt, andererseits die Möglichkeit bot, das Geschehen besser zu verstehen. Dr. Z. machte deutlich, dass Miras neue Beziehung nicht mit ihrer Therapie vereinbar war und sie sich zwischen beiden entscheiden müsse – eine Intervention, auf welche die Patientin mit Ärger und Vorwürfen reagierte: Zum ersten Mal seit Jahren empfinde sie einem anderen Menschen gegenüber auf diese Art und Weise etwas und er habe kein Recht, sich einzumischen. Neben der Notwendigkeit, der Patientin klarzumachen, dass gerade die Weigerung, ihre Beziehung zu Peter zu dulden, für Sicherheit sorgte, ging es auch darum, mit ihr gemeinsam ein Verständnis der Motive zu entwickeln, die sich hinter ihren Aktionen verbargen.

Auf die Frage, wie sie es denn erlebe, dass er seine neutrale Rolle verlassen und eindeutig Position bezogen habe, schnauzte die Patientin zurück, er wolle doch nur seinen »Arsch retten«, aus Angst, es könne »Blut« an seinem Namen kleben. Wenn diese Sichtweise seiner Person und seines Verhaltens als eigennützig und nur auf sich bedacht stimme, so Dr. Z., würde dies ihren Ärger und ihre Enttäuschung erklären (Aufgreifen der an der Oberfläche sichtbaren Dyade). Gerade in dieser Situation müsse es besonders schwierig sein, ein Gegenüber um Hilfe zu bitten, das als so indifferent und selbstbezogen erlebt werde (Aufgreifen der darunter liegenden Dyade, welche die Sehnsucht nach Hilfe und Verbundenheit widerspiegelt). Es sei lächerlich, so Miras erste Reaktion, von Sehnsucht zu sprechen. Therapie sei schließlich keine »richtige« Beziehung. Gleichwohl, so Dr. Z. hierauf, verhindere ein therapeutisches Beziehungssetting nicht, dass ein Mensch die gesamte Bandbreite menschlicher Gefühle empfinde. Und womöglich war ja die Therapie der einzige Rahmen, in dem über all diese Gefühle geredet werden konnte, ohne dass Gefahr bestand, sie auszuleben. Natürlich, so fügte er schnell hinzu, sei er sich im Klaren drüber, dass diese besondere Situation sehr schmerzhaft sein könne. An dieser Stelle veränderte sich die Haltung der Patientin und sie wurde traurig. Jede Beziehung, so brach es aus ihr heraus, sei hoffnungslos und deshalb könne sie sie genauso gut »beenden«. Dr. Z. bemerkte den Wechsel des Affekts und wies darauf hin, dass sie beide nunmehr die Möglichkeit hatten, ein System, in dem jede Beziehung zum Scheitern verurteilt schien, tiefer explorieren und womöglich verändern zu können.

Behandlungstechnisch ging es nun darum, die wütenden und aggressiven Elemente aufzugreifen, die Mira eingebracht hatte, ohne sich bewusst zu sein, dass sie genau dadurch zum »Scheitern« ihrer Beziehungen beitrug. Dr. Z. fragte sie, was sie denn zu der Art und Weise dachte, wie sie das Thema erweiterter Suizid zur Sprache gebracht hatte? Sie habe einfach nur die Geschehnisse berichtet, so Miras Antwort. Ob sie sich denn an ihr Lächeln erinnern könne, als er ihr mit zunehmendem Unbehagen zugehört hatte?

Mira: »Wollen Sie damit sagen, dass ich böse bin?«

Dr. Z.: »Fühlt es sich so an? (...) Es hört sich an, als sei es ärgerlich, wenn ich denken könnte, dass Sie böse sind. Ich habe mich gefragt, ob Sie sich selbst für böse halten, wenn Sie Freude an Ihren feindseligen oder aggressiven Gefühlen haben. Ihre Reaktion lässt aber an andere Gefühle denken – dass Sie sich mir nahe fühlen könnten

– und dass Sie sich unwohl angesichts dieser Möglichkeit fühlen und am liebsten um sich schlagen würden. Dies könnte vor allem dann der Fall sein, wenn Sie glauben, ich sei gleichgültig. Vielleicht erklärt dieses Gefühl auch Ihre wütende Antwort – eine Antwort, die einen Angriff auf mich beinhaltet, aber womöglich einen noch schlimmeren Angriff auf Sie selbst, wie im Falle eines erweiterten Suizids. Sich mir nahe fühlen, sich dann zurückgewiesen fühlen und indirekt zum Gegenschlag ausholen – das könnte Beziehung wirklich schwierig machen.«

In den ersten Monaten ihrer Behandlung war Miras Sehnsucht nach einem vertrauenswürdigen Gegenüber, das sich um sie sorgte, kaum sichtbar geworden. Gleichwohl erkannte Dr. Z. diese Sehnsucht in ihrem regelmäßigen Erscheinen – auch wenn sie sich über seine »roboterhafte« Art aufregte. Hier schien ein Muster am Werk, in dessen Rahmen guter Kontakt zwischen zwei Beziehungspartnern regelmäßig zu Krisen führte. Dr. Z. forderte Mira auf, darüber nachzudenken, was denn in diesen Momenten einer wachsenden Beziehung so bedrohlich war. Es ging um eine genaue Exploration des folgenden Interaktionsmusters: Miras Wunsch, ihrem Therapeuten nahe zu sein, interferierte mit ihrer Enttäuschung und ihrer Wut angesichts seiner vermeintlichen Gleichgültigkeit. Sie ließ sich auf Peter ein, um deutlich zu machen, was es für sie bedeutete, sich aktiv auf eine andere Person einzulassen, wie seine (Dr. Z.s) Gleichgültigkeit sie in gefährliche Situationen brachte und dass sie ihn dazu bringen konnte, zu intervenieren, um sie zu retten und ihr seine Liebe zu »beweisen«. Die Geschichte mit Peter könnte auch eine Möglichkeit gewesen sein, den »Spieß umzudrehen« – d. h. ein Gegenüber die Demütigung spüren zu lassen, die sie selbst so oft durch die mangelnde Fürsorge anderer hatte hinnehmen müssen.

Therapeut und Patientin verstanden nun, dass Miras Insistieren auf einer »reinen« Beziehung – ohne den Hauch einer Enttäuschung oder eines Zweifels – eine aggressive Reaktion auslöste, die dann zur Bedrohung für die sich entwickelnde Beziehung wurde. Ein Teil in ihr hatte von Anbeginn gespürt, dass Dr. Z.s Engagement echt war. Dieser Teil hatte sie dazu bewogen, weiterhin zu den Sitzungen zu erscheinen. Da es sich aber nicht um das ideale Engagement handelte, nach dem sie sich sehnte, holte ein anderer Teil in ihr zum Gegenschlag aus, was sie jedoch selbst in Angst und Schrecken versetzte, mit ihren Angriffen und Kontrollversuchen die Beziehung zerstört zu haben.

Diese über Wochen immer wieder aufgegriffene Deutungslinie half Mira, ihre abgespaltenen und agierten Anteile zu integrieren. Sie beendete ihre Beziehung zu Peter und blieb in Therapie, ohne neuerlich in selbstdestruktives Agieren zu verfallen. Der beginnende Integrationsprozess schien tiefer liegende Schichten ihrer Innenwelt und ihrer inneren Konflikte freizulegen, so etwa Konflikte hinsichtlich ihrer erotischen Empfindungen und Impulse gegenüber Dr. Z., die in einer späteren Phase der Therapie zum Vorschein kamen.

Im ersten Jahr der Behandlung waren es jedoch drei grundsätzliche Dyaden, die das Beziehungsgeschehen bestimmt hatten:

- das vernachlässigte Kind und der vernachlässigende »roboterhafte« Elternteil

- das gequälte Opfer und sein Peiniger
- eine sich nach Fürsorge sehrende Person und das perfekte Gegenüber

Eine Diskussion einschließlich eines entsprechenden Fallbeispiels zum Umgang in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie mit ödipalem Übertragungsmaterial findet sich an anderer Stelle (s. Diamond u. Yeomans 2007). Spricht ein Borderline-Patient auf die allgemeine Struktur der Übertragungsfokussierten Psychotherapie und die Deutung dissoziierter (abgespaltener) psychischer Strukturen an, so wird die Behandlung mehr und mehr einer herkömmlichen psychodynamischen Psychotherapie ähneln.

Klärung, Konfrontation und Deutung von Affekten und Zuschreibungen im Hier-und-Jetzt erhöhen die Reflexionsfähigkeit und helfen dem Patienten, sich seiner Externalisierungen nicht nur bewusst zu werden, sondern auch über deren Bedeutung nachzudenken. Die Erkenntnis, dass es sich dabei auch um Material handelt, das in ihm selbst wirksam ist, eröffnet den Weg zu dessen Integration. Das, was zuvor als außerhalb seiner selbst und deshalb unveränderbar erschien, kann nunmehr gemeistert werden. Projektionen können ins eigene Selbst zurückgenommen werden und verleihen dem Selbst- und Fremderleben mehr Tiefe, was wiederum die Fähigkeit, über innerpsychische Zustände nachzudenken, erhöht.

Klinische Schlüsselkonzepte

- Objektbeziehungsdyade: Hier handelt es sich um eine internalisierte Repräsentanz des eigenen Selbst und eines Anderen/Objekts, die an einen Affekt geknüpft ist. Dyaden sind Grundelemente der Persönlichkeitsstruktur und beeinflussen das affektive und kognitive Erleben einer Person.
- Identitätsdiffusion: Das Fehlen eines kohärenten Selbst- und Objekterlebens ist ein zentrales Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- Die traditionelle psychodynamische Behandlungstechnik bedarf der Modifizierung, um erfolgreich mit Borderline-Patienten zu arbeiten. Neben einem strukturierteren Behandlungsrahmen, der die Gefahr des Agierens begrenzen soll, ist der Therapeut sehr viel aktiver als in herkömmlichen psychodynamischen Psychotherapien. Auf ambulanter Ebene bietet die Übertragungsfokussierte Psychotherapie diese Struktur in Form von zwei Sitzungen pro Woche sowie klaren Rahmenvereinbarungen der Therapie.
- Die extremen inneren Selbst- und Objektrepräsentanzen, die einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zugrunde liegen, treten auch in der Beziehung zum Therapeuten

sowie in der Art und Weise, wie der Patient den Therapeuten wahrnimmt, zutage.

- Taktvolles Intervenieren seitens des Therapeuten hilft dem Patienten, die abgespaltenen Aspekte seines Selbst- und Objekterlebens, die agiert und/oder projiziert wer-

den, zu beobachten und darüber nachzudenken. Je mehr es ihm gelingt, diese Aspekte seines inneren Erlebens zu erfassen, desto mehr kann sich ein kohärentes Selbst entwickeln, verbunden mit der Fähigkeit, heftige Affekte zu kontrollieren und zu modulieren.