

Therapeutische Ansätze zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

MBT, TFP und Strukturbezogene Psychotherapie im Vergleich

Abschlussarbeit zur Erlangung
des akademischen Grades Master of Arts
Klinische Psychologie / Psychoanalyse

1. Begutachter: Prof. Dr. Heinrich Deserno
2. Begutachter: Prof. Dr. Dr. Horst Kächele

verfasst von Lena Korn
Matrikelnr.: 1129

Berlin, 15. Oktober 2011

	Seite
1. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung	
1.1 Was ist Persönlichkeit? Was ist eine Störung der Persönlichkeit? – Eine Einführung	4 – 8
1.2 Einblick in die Entstehung der Borderline-Theorie	8 – 9
1.3 Epidemiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung	9 – 10
1.4 Phänomenologie und Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsstörung	10 – 15
1.5 Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung	15 – 18
1.6 Diagnostik und Differentialdiagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung	18 – 20
2. Therapeutische Ansätze zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	
2.1 Einführung in die psychoanalytische Standardtechnik	21 – 25
2.2 Grundzüge der psychodynamischen Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung	25 – 28
2.3 Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)	
2.3.1 Entwicklung, Anwendungsbereiche, Manualaufbau und Theoretischer Hintergrund der TFP	28 – 31
2.3.2 Die Rolle der Übertragung und Gegenübertragung in der TFP	31 – 34
2.3.3 Überlegungen zum Strukturbegriff in der TFP	34 – 35
2.3.4 Die Rolle der Mentalisierung in der TFP	35 – 36
2.3.5 Das Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der TFP	36
2.3.6 Patient-Therapeut-Beziehung und therapeutische Haltung in der TFP	36 – 38
2.3.7 Technische Merkmale der TFP	38 – 40
2.3.8 Therapieziele der TFP	40 – 40
2.3.9 Forschungsergebnisse der TFP	41 – 42
2.4 Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)	
2.4.1 Entwicklung, Anwendungsbereiche, Manualaufbau und Theoretischer Hintergrund der MBT	42 – 44
2.4.2 Die Rolle der Mentalisierung in der MBT	44 – 47
2.4.3 Die Rolle von Übertragung und Gegenübertragung in der MBT	47 – 48
2.4.4 Der Strukturbegriff in der MBT	48
2.4.5 Das Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der MBT	48 – 49
2.4.6 Patient-Therapeut-Beziehung und therapeutische Haltung in der MBT	50
2.4.7 Technische Merkmale der MBT	50 – 52

2.4.8 Therapieziele der MBT	52
2.4.9 Forschungsergebnisse der MBT	52 – 53
2.5 Die Strukturbezogene Psychotherapie	
2.5.1 Entwicklung, Anwendungsbereiche, Manualaufbau und Theoretischer Hintergrund der Strukturbezogenen Psychotherapie	53 – 55
2.5.2 Der Strukturbegriff und dessen Rolle in der Strukturbezogenen Psychotherapie	56 – 58
2.5.3 Die Rolle von Übertragung und Gegenübertragung in der Strukturbezogenen Psychotherapie	58 – 59
2.5.4 Die Rolle der Mentalisierung in der Strukturbezogenen Psychotherapie	59 – 61
2.5.5 Das Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Strukturbezogenen Psychotherapie	61 – 62
2.5.6 Patient-Therapeut-Beziehung und therapeutische Haltung in der Strukturbezogenen Psychotherapie	62 – 63
2.5.7 Technische Merkmale der Strukturbezogenen Psychotherapie	63 – 65
2.5.8 Therapieziele der Strukturbezogenen Psychotherapie	66
2.5.9 Forschungsergebnisse der Strukturbezogenen Psychotherapie	66 – 67
3. Kritisch diskutierter Vergleich von TFP, MBT und der Strukturbezogenen Psychotherapie	
3.1 Vergleichende Überlegungen zu den Manualen und Anwendungsspektren	67 – 70
3.2 Vergleichende Überlegungen zu den Behandlungszielen und den Wegen zu diesen	70 – 75
3.3 Vergleichende Überlegungen zu den Forschungsergebnissen und einer empirischen Vergleichsstudie	75 – 77
4. Schließende Gedanken und Ausblick	77 – 79
5. Literaturverzeichnis	80 – 86

1 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

1.1 Was ist Persönlichkeit? Was ist eine Störung der Persönlichkeit? - Eine Einführung

Um einleitend eine Grundlage für das Verständnis einer spezifischen Persönlichkeitsstörung zu schaffen, erscheint es sinnvoll, an dieser Stelle einige Überlegungen zu dem vorzustellen, was als Persönlichkeit bezeichnet wird und wie eine Störung derselben im Allgemeinen aus psychoanalytischer Sicht aufgefasst werden kann. Versucht man nun, sich der Frage nach der Persönlichkeit und deren Pathologie zu nähern, begegnet man unterschiedlichen Begriffen, die alle miteinander in Verbindung stehen. An dieser Stelle kann es keineswegs Ziel sein, mit einer weitläufigen Übersicht den Zusammenhängen von komplexen Konstrukten wie Persönlichkeit, Charakter, Ich, Struktur und Persönlichkeitsorganisation, sowie deren jeweiligen Störungen, bzw. Niveaus, gerecht zu werden. Ein kleiner Einblick soll hier zweckdienlich genügen.

„Während die Psychoanalyse als therapeutisches Verfahren im Beginne im wesentlichen Symptomanalyse war, [...] ist sie im Laufe ihrer Entwicklung zunehmend Analyse der Persönlichkeit geworden“ (S.69), erklärt Sterba (1936) in seinem psychoanalytischen Handwörterbuch.¹ Freud verwendet den Terminus des Charakters (vgl. z.B. Freud, 1908; Freud, 1916). Persönlichkeit hingegen ist kein von Freud spezifisch geprägter Begriff; er verwendet ihn äußerst selten. Wenn Freud von ihm spricht, dann, um einen Terminus für ein Ganzes zu verwenden, das in Ich, Es und Über-Ich im Sinne seiner Instanzentheorie (1923a) zerlegt werden kann, um die *„Strukturverhältnis[se] der seelischen Persönlichkeit“* (Freud, 1933, S.85) aufzugliedern. Nach Fenichel wird der Funktion des konstanten, organisierten Teils des Ichs der Charakter zugeteilt, *„denn ‚Ich‘ nennen wir eben den Teil des seelischen Apparates, dem die Vermittlung zwischen Triebwelt und Außenwelt zukommt“* (Fenichel, 1931, S.136-137). Reich (1933) geht in seiner Charakteranalyse von einer anhaltenden Veränderung des Ichs aus, *„die man als Verhärtung beschreiben möchte“* (S.166) und mit welcher er das Bild eines charakterlichen Panzers verbindet. Dieser entstehe *„als chronisches Ergebnis des Aufeinanderprallens von Triebansprüchen und versagender Außenwelt“* (S.167), in Abhängigkeit von der Art, wie dieses Aufeinanderstoßen vonstatten gehe, sowie *„zu welchem Zeitpunkte die charakterbildenden Konflikte eingreifen und an welchen Trieben“* (S.171). Dieser Panzer entsteht folglich am Ich; *„wir bezeichnen ihn daher auch als den Charakter des Ichs“* (Reich, 1933, S.167). In den spezifischen Reaktionsweisen des Ichs auf äußere und innere Reizzuführen unterscheidet sich ein bestimmtes Ich von anderen Ich-Strukturen (Sterba, 1936). Charakterzüge können entsprechend als *„Kompromisse zwischen Triebregungen und den Kräften des Ich“* (S.31) beschrieben werden (Fenichel, 1945). *„Für die Bildung des endgültigen Charakters aus den*

¹ Sterba konnte *„durch die herrschenden Umstände“* (S.7) zur Zeit des Nationalsozialismus sein Handwörterbuch nicht fertig stellen. Die Arbeit wurde bei der Abfassung des Buchstabens L und dem Druck bei dem Lemma zu Größenwahn abgebrochen (Laplanche & Pontalis, 1972a, Einleitung). Deshalb kann man nicht wissen, ob auch ein Eintrag zum Begriff Persönlichkeit gefolgt wäre und worauf sich dieser inhaltlich bezogen hätte. Wohl aber findet sich ein Lemma zu Charakter, in dem dieser unter anderem als *„Kern der Persönlichkeit“* (S.69) bezeichnet wird.

konstitutiven Trieben läßt sich [...] eine Formel angeben: Die bleibenden Charakterzüge sind entweder unveränderte Fortsetzungen der ursprünglichen Triebe, Sublimierungen derselben oder Reaktionsbildungen gegen dieselben" (Freud, 1908, S.209).

Betrachtet man die von Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) stammende Definition von Persönlichkeit, fällt auf, dass sie im Wesentlichen übereinstimmt mit den Überlegungen von Autoren der „klassischen Psychoanalyse“ wie Freud, Reich und Fenichel. So sprechen die Autoren von Persönlichkeit als Integration von Verhaltensmustern, deren Wurzeln sie in Temperament, kognitiven Fähigkeiten und Charakter lokalisieren - und damit im Konstitutionellen und dem, was ursprünglich als Funktionen und Schicksal des Ichs interpretiert wurde - sowie internalisierten Wertesystemen, die in Freuds Strukturmodell in Gestalt des Über-Ichs vorkommen. Entsprechend Reichs Vorstellung von einer Verhärtung des Ichs und der Entstehung eines Panzers am Ich, sprechen Clarkin et al. (2008) dem Charakter einen individuellen Grad an Flexibilität oder Rigidität zu, der sich in Verhaltensmustern über unterschiedliche Umweltbedingungen hinweg abbildet. *„Wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und fehlangepasst sind und signifikante funktionelle Beeinträchtigungen oder subjektiven Distress verursachen, konstituieren sie Persönlichkeitsstörungen" (APA, 1994, S.630).* Diese Pathologie manifestiere sich nach Kernberg und Caligor (2005) entweder durch die gehemmte oder übersteigerte Ausprägung bestimmter Verhaltensweisen, wie auch dem Oszillieren zwischen widersprüchlichen Verhaltensweisen. Die beiden Autoren unterscheiden außerdem, ob die Persönlichkeit auf struktureller Ebene mit kohärentem sowie integriertem Selbst- und Fremdkonzept ausgestattet sei, oder ein solches kohärentes Identitätsgefühl fehle. Im Zuge dieser Überlegung ergibt sich auch Frage nach den Objektbeziehungen (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008). Diese werden als Bausteine psychischer Strukturen angenommen, welche Motivation und Verhalten organisieren. Daher spielt die Bildung innerpsychischer Objektbeziehungsdyaden, die aus dem Selbst, dem Anderen sowie dem die beiden verbindenden Affekt bestehen und auf prototypischen Erfahrungen basieren, eine große Rolle in der kindlichen Entwicklung. *„Wenn wir das Identitätskonzept unter Berücksichtigung der damit in Zusammenhang stehenden Konzepte von Abwehr, Realitätsprüfung, Objektbeziehungen, Aggression und moralischen Werten betrachten, so lassen sich unterschiedliche Grade oder Ebenen der Persönlichkeitsorganisation konzeptualisieren" (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008, S.12).* Diese Niveaus reichen von einer gesunden, „normalen“ (S.12) Persönlichkeitsorganisation, über eine neurotische, bis hin zu einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation, die gekennzeichnet ist von Dysfunktionalitäten.

In bestimmten Fällen, in denen Patienten nicht an Formen klassischer Neurosen leiden, so erkennt auch Fenichel (1931), sei *„das Ich selbst in den Krankheitsprozeß einbezogen" (S.135).* Bei Ich-psychologisch orientierten Autoren findet sich hierzu der Ausdruck der Ich-Störungen, die auf Ich-funktionellen Defiziten beruhend schwere *„Charakterpathologien" (S.66)* bedingen (Wöller, 2006). Dieser Ansatz bezieht sich auf die nicht von Triebkonflikten gesteuerten Anteile der Persönlichkeitsentwicklung, welche die Ausbildung autonomer Ich-Funktionen ermöglichen (Hartmann, 1964/1965;

Rapaport, 1967, zit. nach Wöller, 2006). Diese umfassen kognitive Funktionen wie Wahrnehmung, Denken, Beurteilen, Urteilen bzw. Realitätsprüfung, sowie die Vermittlungsfunktion zwischen Es und Über-Ich wie auch der äußeren Realität. Im Falle signifikanter Defizite in diesen Bereichen, ist Hinweis auf eine Persönlichkeitsstörung gegeben (Mertens, 2000).

Als weitere entscheidende Ich-Funktion gelten die Abwehrmechanismen; überwiegen diese in unreifer, primitiver Form, charakterisieren sie schwere Störungen der Persönlichkeit (Kernberg, 1988). Im Falle mangelhaft zur Verfügung stehender Ich-Funktionen kann auch von einer strukturellen Störung gesprochen werden. Damit soll ein weiterer Begriff eingeführt werden, der mit Persönlichkeit und deren Störung in Verbindung steht: die psychische Struktur. *„Unter Struktur verstehen wir das ganzheitliche Gefüge von psychischen Dispositionen“* (Rüger, 2006, S.716). Sie drückt eine überdauernde seelische Qualität aus, die sich auf geistige Aktivitäten wie Organisation, Differenzierung, Abfolgen und Musterbildung bezieht, expliziert Meissner (1979). *„Sie ist das Ergebnis eines Erlebnis bedingten Strukturierungsprozesses der Ich-Matrix hinsichtlich ihrer Organisation und damit auch ihrer Verfügbarkeit für das Individuum“* (S.574), ergänzt Pouget-Schors (2006). *„Entwicklungsbedingte strukturelle Störungen manifestieren sich,“* so Rüger (2006), *„klinisch in Form von Persönlichkeitsstörungen“* (S.717).

Die Theorie von Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen wird insbesondere seit den 50er Jahren auch unter Betonung interpersonaler Gesichtspunkte entwickelt (Strauß, 2006). Auf einem Kreismodell beruhend, das Persönlichkeitsmerkmale mithilfe der zwei Dimensionen „Zuneigung“ und „Kontrolle/Dominanz“ klassifiziert, wurde das *„wohl elaborierteste Konzept“* (Strauß, 2006, S.45) zu Persönlichkeit und deren Störungen durch Benjamin (1974; 1998) entwickelt. Dieses Modell findet in überarbeiteter Form Verwendung im Zuge der Beziehungsdiagnostik nach der OPD² (Arbeitskreis OPD, 2006). Gleichmaßen in der Tradition der interpersonalen Theorien steht die Betrachtung der Persönlichkeitsentwicklung aus Sicht der Bindungstheorie. *„Ganz allgemein geht die klinische Bindungstheorie heute davon aus, dass schwere psychische Störungen durch eine unsichere Bindung gefördert werden und dass Bindungsunsicherheit häufig gekoppelt ist mit einem unsicheren Bindungsmodell der Bindungsperson, welches [...] wiederum die Entwicklung der inneren Repräsentanzen von Bindungserfahrungen von deren Kindern beeinflusst“* (S.55), fasst Strauß (2006) zusammen. Rudolf (2006a) nimmt ebenso eine entwicklungspsychologische Perspektive unter Berücksichtigung der Bindungstheorie ein. Von dieser Warte aus geht es, so Rudolf, *„im Kern stets um den Aufbau der inneren Erfahrungsstruktur, die beim Kind angelegt wird und in grundsätzlich erhaltender Form beim Erwachsenen die Beziehungsbereitschaften“* (S.8) präge. Die Fundierung struktureller Funktionen verortet Rudolf in der frühkindlichen Interaktion mit einer feinfühligem Bezugsperson. Die wichtigen Objekte würden auf diese Weise innerlich bewahrt sowie emotional positiv besetzt, was ein freudiges Wiedererkennen und damit den *„Vorgang der ‚Bindung‘“* (S.17) ermögliche.

² Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Rudolf (2006a) geht davon aus, dass im ersten Lebensjahr kommunikative und selbstregulative Prozesse in der positiven Mutter-Kind-Beziehung intensiv eingeübt würden und letztlich in die Verfügbarkeit über strukturelle Funktionen einmündeten. Strukturelle Fehlentwicklungen entstünden folglich aus der „*fehlenden Passung zwischen den Grundbedürfnissen des Kindes und den Versorgungsmöglichkeiten der Betreuungspersonen*“ (S.18), schließt er. Jedoch betont er an dieser Stelle, dass eine *intensive* Einschränkung für das Entstehen klinisch relevanter Fehlentwicklungen in der psychischen Struktur vorliegen muss. Außerdem wird dem Zusammenspiel genetischer Faktoren und früh erworbener Merkmale, möglicherweise auch intrauteriner Einflüsse, hier ätiologische Relevanz beigemessen. Entsprechendes ist auch in Sterbas Handwörterbuch von 1936 zu lesen: „*Letzten Endes ruht der Charakter auf organischer Grundlage. Die kindlichen Erlebnisse und Schicksale sind dennoch für seine Entwicklung und Richtung in hohem Maße bedeutend*“ (S.66). Freud, als Neurologe, ist selbst schon früh von pathogenetisch relevanten konstitutionellen und organischen Faktoren ausgegangen (vgl. z.B. Freud, 1905; 1917a³).

Die genetische und neurobiologische Forschung konnte diese Vermutungen – auch in Bezug auf Persönlichkeitsstörungen – in den vergangenen Jahren umfassend bekräftigen. Es gibt Hinweise auf eine Erbllichkeit dieser strukturellen Störungen, die bei dem hohen Prozentsatz von 60% liegt (AWMF, 2008). Verschiedene Studien belegen außerdem eine genetische Grundlage für spezifische Persönlichkeitsfaktoren, wie beispielsweise Extraversion, sowie für klinisch relevante Persönlichkeitseigenschaften, wie impulsive Aggression oder Affektinstabilität (Siever & Weinstein, 2011). „*Unterschiede liegen in Genen begründet, die die Entwicklung und Modulierung der Schaltkreise im Gehirn beeinflussen. Eine Modifizierung dieser Temperamentsmerkmale erfolgt später durch Erfahrung*“ (S.116), erläutern Siever und Weinstein. Entsprechend kann beispielsweise die prägende Bedeutung von frühkindlichen Beziehungserfahrungen durch neurowissenschaftliche Befunde belegt werden (Beutel, 2002). Aktuelle neurobiologische Ergebnisse zeigen eine Korrelation von Persönlichkeitsstörungen mit strukturellen und funktionalen Defiziten, sowohl des limbischen als auch des paralimbischen Systems, deren Interaktionen untereinander sowie mit ausführenden Systemen (Roth & Buchheim, A., 2010). Gerhard Roth und Anna Buchheim legen dar, dass Persönlichkeitsstörungen nach allgemeiner Annahme durch eine Kombination genetischer Polymorphismen, die vor allem das Serotoninsystem und die HHN-Achse⁴ betreffen, Defizite in der kindlichen Hirnentwicklung, frühe traumatisierende Erfahrungen sowie spätere negative Erfahrungen zustande kämen.

Mit Bezugnahme auf die Definition von Persönlichkeitsstörungen, wie sie in den aktuellen Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 zu finden ist, sollen diese einleitenden Überlegungen abgeschlossen werden. Diese Definition berücksichtigt den gesellschaftlichen Kontext, wie auch funktionelle Aspekte und legt fest, eine Persön-

³ Freud schreibt dazu 1917a: „*Das Lehrgebäude der Psychoanalyse, das wir geschaffen haben, ist in Wirklichkeit ein Überbau, der irgend einmal auf sein organisches Fundament aufgesetzt werden soll; aber wir kennen dieses noch nicht*“ (S.403). Wie aus dem Briefwechsel mit Fliess hervorgeht schrieb Freud (1895) noch bevor es die Psychoanalyse gab, einen „Entwurf einer Psychologie“ aus neurologischer Sicht

⁴ Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse

lichkeitsstörung liege dann vor, „wenn bei einer Person bestimmte Verhaltens-, Gefühls- und Denkmuster vorhanden [seien], die merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweichen und sich in einem breiten Spektrum sozialer und persönlicher Situationen bemerkbar [machen]“ (AWMF, 2008, S.6). Auch das Kriterium von überdauerndem Vorhandensein dieser Muster, ihrer Unflexibilität und mangelnder Anpassbarkeit werden hier definitorisch erfasst, sowie deren klinisch bedeutsame Auswirkungen auf Leiden „oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“ (ebd.).

Auf all die bisher genannten Aspekte soll in spezifizierender Weise und unter Hinzunahme weiterer relevanter Überlegungen im folgenden Kapitel dieser Arbeit zurückgekommen werden. In diesem wird einer detaillierten Auseinandersetzung mit zahlreichen Theorien und Forschungsergebnissen rund um die Borderline-Persönlichkeitsstörung Raum gegeben.

1.2 Einblick in die Entstehung der Borderline-Theorie

Reich berichtet 1925 in seiner Arbeit zum triebhaften Charakter von einer jungen Patientin, deren Symptome er nur schwer diagnostisch unterzubringen weiß. Er schwankt zwischen der Diagnose einer Neurose und einer Psychose. Bezeichnungen rund um den Begriff psychologischer Grenzfälle⁵ können bereits bis ins späte 19. Jahrhundert zurückverfolgt werden. Der Beginn der „*psychoanalytischen Borderline-Ära*“ (Kind, 2011, S.23) kann jedoch wohl frühestens auf das Jahr 1938 datiert werden, in dem Stern⁶ die Diagnose „Borderline“ für einen Typus von Patienten einführt, der nicht in das übliche Klassifikationssystem passt und bei dem die klassische psychoanalytische Behandlung nicht zu hinreichenden Erfolgen führen kann. Daher schließt Reich im Jahr 1925 noch mit der Haltung, dass die „*Diskussion der Frage, ob [bei seiner jungen Patientin] eine Schizophrenie oder Zwangsneurose vorlieg[e], nicht [...] fruchtlos [sein müsse], obwohl keine Aussicht besteh[e], eine Diagnose zu stellen*“ (S.71). Gedanklich durchläuft er die möglichen Diagnosen von Bleuler, die wohl „*latente Schizophrenie mit zwangsneurotischen Symptomen*“ (S.72) lauten würde und Kraepelin, der den Fall der Patientin vermutlich zu den „*Psychopathien*“ gezählt hätte, die „*unentwickelte Vorstufen wirklicher Psychosen*“ (ebd.) darstellen. Er muss erkennen, dass „*das Ganze [...] letzten Endes in einen Streit um Worte auszulaufen [drohe]*“ (Reich, 1925, S.72). Die Fallgeschichte der 19-jährigen Patientin ist von Reich mit „*Zur Frage der ‚Grenzfälle‘*“ betitelt. Mit eben diesem Titel greift er den Begriff auf, mit dem

⁵ Hughes veröffentlicht 1884 „*Borderland psychiatric records*“: in erster Linie Fallbeschreibungen phobischer Patienten mit wahnhaften Zügen. Für „*individuals with minds trembling in the balance of reason and madness (...) not so sane as to be able to control themselves, nor yet so insane as to require restraint or seclusion*“ (S.669) schlägt Rosse (1890) die Diagnose einer „*borderland insanity*“ vor. 1919 schreibt Clark von „*borderland neuroses and psychoses*“, verwendet diesen Begriff aber für bestimmte Fälle von (manischen) Depressionen, mentalem Schiefhals und Schizophrenie. Freud spricht 1925 in seinem Geleitwort zu Aichhorns „*Verwahrloste Jugend*“ von „*Grenz- und Mischfällen*“ (S.274); es ist aber sehr unwahrscheinlich, dass er sich damit auf die Borderline-Gruppe bezieht.

⁶ Sterns umfassende und differenzierte Ausführungen von 1938 prägen alle nachfolgenden Ansätze zu Diagnostik und psychoanalytisch-modifizierter Therapie der Borderline-Pathologie (Eckert, Dulz & Makowski, 2000).

der „Streit um Worte“ inzwischen - wenn auch nicht durchweg einhellig⁷ - beigelegt werden konnte: die Anerkennung einer Patientengruppe, deren komplexe und schwere psychische Störung (Bateman & Fonagy, 2008a) *„zwischen den beiden klassischen Polen Neurose und Psychose“* (Kind, 2011, S.21) verortet, als „Borderline“ benannt wird. Auf die Frage nach der Bedeutung Freuds für die Entstehung der Borderline-Theorie kommentiert Kind (2011), dass der Begründer der Psychoanalyse, wenn auch nicht als Urheber der Borderline-Konzeption, so *„insbesondere durch seine Theorie eines psychischen Kontinuums zwischen Neurose und Psychose“* (S.20) durchaus als Bereiter des Boden gelten kann, auf dem sich die psychoanalytische Forschung zur modernen Borderline-Theorie entwickeln konnte.

Kernberg, dessen Name untrennbar mit der Entwicklung der Borderline-Theorie verknüpft ist, sieht den psychoanalytischen Weg zu dieser neuen diagnostischen Einheit innerhalb weniger Jahrzehnte mit enormen Schritten zurückgelegt: *„angefangen bei einem theoretischen psychoanalytischen Konzept, das von den meisten anderen Psychiatern verspottet wurde, sich jedoch zu einer allgemein anerkannten klinischen Einheit entwickelte; von einer abschätzigen Bezeichnung für unliebsame Patienten, hin zu einer sorgfältig umrissenen diagnostischen Kategorie; vom Gegenteil beinahe keiner systematischen Studie, hin zu einer der meist beforschten Persönlichkeitsstörungen“* (Kernberg & Michels, 2009, S.505, übersetzt durch L.K.). Er betont des Weiteren, dass auch die Einschätzung bezüglich der Prognose für die Borderline-Persönlichkeitsstörung einen grundlegenden Wandel vollzogen habe; die einst hoffnungslose Prognose wurde von einer wesentlich hoffnungsvolleren abgelöst (vgl. z.B. Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2003) und dies insbesondere aufgrund der Entwicklung mehrerer Behandlungskonzepte, deren Wirksamkeit bereits wissenschaftlich belegt werden konnte (Kernberg & Michels, 2009).

Die vorliegende Arbeit nimmt sich einer Auswahl eben solcher störungsspezifischer Behandlungskonzepte an und soll schließlich in deren Vergleich untereinander münden. Zunächst wird jedoch Augenmerk auf wichtige Aspekte der Borderline-Pathologie gelegt. Die epidemiologischen Daten, die im folgenden Paragraphen vorgestellt werden, haben die Aufgabe, einen Bezugsrahmen herzustellen, der Dimension und Bedeutung der Persönlichkeitsstörung vorstellbar macht, sowie eine intensive Auseinandersetzung mit diesem Feld begründet.

1.3 Epidemiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die überwiegend als progredient eingeschätzte (Dulz, 2008) Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt in der Gesamtbevölkerung verschiedenen Angaben zufolge zwischen 0,2 und 4% (Widiger & Weissman, 1991; Kernberg und Michels, 2009). Nach DSM-IV ist diese Störung unter ambulanten Psychotherapiepatienten bei 2 bis 10 % zu verzeichnen, ferner bei stationär behandelten Psychriatriepatienten zwischen 20 und 30 % (Dulz, 2008). Dulz gibt hinsichtlich dieser Zahlen zu

⁷ Abend, Porder und Willick (1983) beziehen beispielsweise eine entschiedene *neurosenpsychologische, konfliktzentrierte* Position in Bezug auf das Borderline-Syndrom. Sie halten das Borderline-Konzept nicht für eine diagnostische Einheit mit spezifischer Ätiologie; sie sehen in der Borderline-Pathologie vielmehr ein breites Spektrum von Krankheitsbildern, das sie nicht unter einer diagnostischen Entität zusammenfassen wollen.

bedenken, dass bei rund zwei Drittel der Psychatriepatienten die Diagnose dieser spezifischen Persönlichkeitsstörung jedoch aufgrund falsch negativen Befundes nicht gestellt würde, „in einzelnen Kliniken ‚grundsätzlich‘ nicht“ (S.105).

Bei der Hälfte aller diagnostizierten Persönlichkeitsstörungen liegt eine Borderline-Pathologie vor (Widiger & Weissmann, 1991). Borderline-Patienten zählen außerdem zu den Individuen, die Gesundheitsdienste am intensivsten nutzen; damit liegt in der erfolgreichen Behandlung auch ein ökonomischer Nutzen (Bateman & Fonagy, 2008a). Widiger und Weissmann (1991) geben an, dass die große Mehrzahl (76%) der Borderline-Patienten weiblich sei. Bolm (2009) erklärt jedoch, dass dieser Prozentsatz auf jene Borderline-Individuen zuträfe, die psychotherapeutische Behandlung suchten. Das Geschlechterverhältnis sei dadurch ausgewogen, dass männliche Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung eher mit forensischen Abteilungen oder der Justiz in Berührung kämen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Männer häufiger zu Fremdaggression neigen, als zu Selbstverletzung (AWMF, 2008). Des Weiteren ist die hohe Sterblichkeitsrate unter Borderline-Patienten zu erwähnen; bei bis zu 10% der Patienten ist allein vollendeter Suizid zu verzeichnen (APA, 2001).⁸ Im Falle von Komorbidität mit Achse-1-Störungen nach DSM-IV liegt diese Rate noch höher (Bolm, 2009).

Die Aktualität und große Wichtigkeit angemessener und fundierter Behandlung für diese große Patientengruppe kann von all diesen genannten epidemiologischen Daten wohl ohne weiteres abgeleitet werden. Um eine Verstehensgrundlage für die nähere Betrachtung spezifischer Therapiemethoden sowie deren Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu schaffen, soll in den folgenden Paragraphen sowohl auf Phänomenologie und Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsstörung, als auch auf Überlegungen zu ihrer Ätiologie eingegangen werden.

1.4 Phänomenologie und Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das klinische Bild der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist geprägt von gravierenden funktionellen Beeinträchtigungen, die sich beispielsweise in der erhöhten Häufigkeit von Arbeitslosigkeit und gescheiterten interpersonalen Beziehungen niederschlagen (Bateman & Fonagy, 2008a). Auch medizinische Folgen von impulsiven Handlungsmustern sind offenkundig. Dazu zählen Unfälle, Substanzmissbrauch und Übergewicht oder Untergewicht (AWMF, 2008). Des Weiteren zu nennen sind wiederholte Selbstverletzungen, vor allem durch Schneiden, Kratzen oder andere Formen der Hautverletzung, die oft suchtartige Formen annehmen (Rohde-Dachser, 1997). Suizidale Drohungen und Handlungen ergänzen das Bild (Bolm, 2009). In Reichs (1925) Fallbeschreibung der jungen Patientin, die nach heutiger Terminologie als Borderline-Patientin diagnostiziert würde und bereits oben Erwähnung fand, lassen sich viele Hinweise auf selbstschädigende Impulse finden. So „*ergötz(e)*“ (S.65) sie sich bei-

⁸ Zum Vergleich liegt in der Gesamtbevölkerung die Suizidrate 2003 bei 1,3% aller Sterbefälle (Destatis, 2005). Geht man von einem überwiegend weiblichen Anteil der Borderline-Patienten aus, der psychotherapeutische Hilfe aufsucht, liegt die Sterblichkeitsrate durch Suizid unter den Borderline-Patienten - *in psychotherapeutischer Behandlung* - im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung noch eklatant höher, als auf den ersten Blick vermutet. In dieser Vergleichsgruppe suizidieren sich Frauen nämlich dreimal *seltener* als Männer (Destatis, 2005).

spielsweise am Erfinden grausamer masochistischer Phantasien.⁹ Reich spricht von „Selbstquälerei“ (ebd.), wie auch fremdgerichteter Aggression. *„Ihre sadistischen Phantasien lassen sich [jedoch] sämtlich aus den masochistischen ableiten“* (ebd.), erklärt er.

Anhand einer großen Anzahl wissenschaftlicher Erhebungen wurde bereits versucht jene psychischen Dimensionen herauszufinden, die den Phänomenen der Borderline-Persönlichkeitsstörung zugrunde liegen. In den Aspekten der gestörten Beziehungsfähigkeit, emotionaler Fehlregulierung, gestörter Verhaltenskontrolle sowie potentiell selbstschädigender Impulsivität ist eine gemeinsame Schnittmenge der meisten Studien ersichtlich (Bateman & Fonagy, 2008a). Die Beziehungsgestaltung von Borderline-Patienten ist oft gekennzeichnet von plötzlichen Wechseln *„zwischen sehnsüchtiger Bindung und abrupter Zurückweisung“* (Herpertz & Saß, 2011, S.43). Von einer *„dauernde[n], scharfe[n] Ambivalenz“* den Eltern gegenüber berichtet auch Reich (1925) im Falle seiner 19-jährigen Patienten. Besonders der Mutter gegenüber zeige die Patientin oftmals grausames Verhalten¹⁰, *„[d]ann wieder bring[e] sie es zuwege, der Mutter um den Hals zu fallen und sie zu küssen“* (S.65). Auch ein häufiges *„Gefühl großer Trostlosigkeit und Öde“* (S.64) beschreibt Reich in seiner Fallgeschichte; die Eltern des Mädchens berichten von gedanklicher Entrückung und Arbeitsunlust. Bateman und Fonagy (2001) ordnen depressive Symptome, die ein typisches Borderline-Merkmal sind, als affektive Dysregulation ein und sprechen sich gegen einen Hinweis auf eine affektive Störung aus. Unangemessene, heftige Wut, die gleichermaßen für dysregulierte Affekte spricht, ist ins DSM-IV (1994) als spezifisches Kriterium der Borderline-Persönlichkeitsstörung aufgenommen. Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) merken an, dass Borderline-Patienten in vielen Fällen überzeugt sind, gute Gründe für diese Wut zu haben. Die Autoren sprechen daher nicht nur von einem Hinweis auf Dysregulation der Affekte, sondern auch der Kognition.

Dem DSM-IV (1994) zufolge steht das Symptom der Angst vor dem Alleinsein im Zentrum der Borderline-Persönlichkeitsstörung und ein damit einhergehendes starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. Die Vorstellung allein zu sein ist hier häufig assoziiert mit der Angst, sich in diesem Zustand von unkontrollierbaren, *„massiven, traumatischen Gefühlen überschwemmt“* (S.76) zu fühlen, die mit der Vorstellung psychischer Vernichtung einhergehen können (Rohde-Dachser, 1997). *„In diesem Zusammenhang bekommt die Selbstbeschädigung eine rettende Funktion, wie ein Antidepressivum, das die Erinnerung und das damit verbundene Gefühl des Vernichtetwerdens aufhebt“* (ebd.). Allgemeiner kann selbstverletzendes Verhalten bei Borderline-Patienten als Mittel zur innerlichen Spannungsreduktion interpretiert werden. *„Ein typischer Ablauf von Spannungsaufbau vor einer Selbstverletzung und Spannungslösung im direkten Anschluss führt zu einer baldigen Habituation von Selbstschädigungen“* (S.40), erläutern Herpertz und Saß (2011).

⁹ *„Beispiele [für masochistische Phantasien]: es wird ihr ein Schwert durch die Scheide gestoßen, so daß es am Scheitel wieder hervordringt. Oder sie wird gezwungen, mit nackten Füßen auf einem mit Nägeln beschlagenen Brett zu gehen, so daß das Blut hervordringt“* (Reich, 1925, S.65).

¹⁰ Beispielsweise berichtet die Patientin, wie sie einmal zu ihrer Mutter sagt: *„Nimm ein Brett, beschlage es mit Nägeln und schlage es dem Vater an den Schädel.“*, oder *„Steig' aufs Fenster und stürz' dich hinunter. Sollte ich währenddessen beim Essen sein, so darfst du nicht glauben, daß ich dich hindern werde. Ich werde ruhig fertig essen und dann in den Hof gehen, um mir deine zerschellte Leiche anzusehen“* (Reich, 1925, S.65).

Vor allem in interpersonalen Belastungssituationen, die in vielen Fällen mit der akuten Angst „*mutterseelenallein gelassen zu werden*“ (Bateman & Fonagy, 2008a, S.33) einhergehen, können bei Borderline-Patienten paranoide Symptome auftreten, die sich in Beziehungsideen, magischem Denken und Misstrauen anderen Menschen gegenüber zeigen. Auch schwere Dissoziationssymptome kommen vor (APA, 1994). „*Borderline-Patienten weichen offenbar manchmal unbewußt eher in eine Psychose aus, als sich mit andrängenden Konflikten zu konfrontieren,*“ kommentiert dies Rohde-Dachser (1997, S.71). Prolongierte psychotische Episoden seien Bateman und Fonagy (2008a) zufolge bei der BPS jedoch eher ungewöhnlich, so dass diese Symptome als mini-psychotische Episoden eingeordnet werden können. Bei Reichs (1925) Patientin zeigen sich solche psychotischen Merkmale in einer immer wiederkehrenden Weltuntergangsphantasie, die mit Depersonalisationszuständen einhergeht. „*Die Patientin macht zeitweise einen sehr verlorenen Eindruck, sie hat Zustände, in welchen sie wie geistesabwesend während des Sprechens stockt und in die Ferne blickt, und spricht zeitweise unzusammenhängend. Der erste Eindruck war der einer Dementia praecox*“ (S.64).

All diese bisher beschriebenen Erlebens- und Verhaltensweisen sprechen deutlich für krankheitsüberdauernde Charakterzüge und damit eine strukturelle Störung der Persönlichkeit (Rohde-Dachser, 1997).

Kernberg hat das Konzept einer spezifischen, pathologischen Persönlichkeits-Organisation entwickelt (vgl. 1.1), die er als stabil beschreibt (1966), und welche sich keineswegs in einem vorübergehenden Zustand des Oszillierens zwischen Neurose und Psychose befinde (1967). Diese Persönlichkeits-Organisation kann nach Kernberg also als eigenständige Einheit von einer psychotischen und einer neurotischen Persönlichkeits-Organisation abgegrenzt werden. Von seinem Bezug auf Kleins Psychosemodell und Mahlers Symbiosemodell habe sich Kernberg in seiner Konzeptentwicklung im Laufe der Jahre mehr und mehr entfernt, so Dammann und Kollegen (Dammann, Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2007). Der Einfluss der dichotomen Kleinianischen Spaltungslehre von in „nur gut“ und „nur schlecht“ eingeteilte Objekte, kann bei Kernberg jedoch nach wie vor wieder gefunden werden, wie auch die Annahme einer paranoid-schizoiden Position, in der ein Borderline-Individuum entsprechend verharrt (Clarkin et al., 2008). Die Nähe von Kernbergs Konzept zu Melanie Kleins Theorie könne ebenso hinsichtlich der Angsttheorie nachvollzogen werden, wie Dulz (1999) betont. Klein sieht in der Aggression die zentrale Ursache von Angst. Kernberg überträgt diese Vorstellung auf die Borderline-Pathologie und sieht in der Aggression den Leitaffekt der Störung. Aus triebtheoretischer Sicht sei, Kernberg (1988) zufolge, in der Entwicklung der Borderline-Patienten von einer besonderen pathologischen „*Ver-schränkung prägenitaler und genitaler Triebziele unter dem dominierenden Einfluß*“ prägenitaler, vor allem aber oraler „*aggressiver Bedürfnisse*“ (S.67) auszugehen. Außerdem liege eine „*vorzeitige Entwicklung ödipaler Konflikte*“¹¹ (S.63) vor, „*wie sie unter dem Einfluß übermäßig starker prägenitaler Aggression zustande kommen*“

¹¹ „[V]om zweiten oder dritten Lebensjahr an“, spezifiziert Kernberg (1988, S.63).

könne (S.62). „Man bekommt den Eindruck, als hätte, [...] ein Elefant im Porzellanladen der kindlichen Entwicklungsstube gewütet“ (S.70), weiß Reich 1925 so treffend zu formulieren, als er bei seiner jungen Patientin ein „mehr oder weniger gleich starkes Nebeneinander aller bekannten Partialtriebe in meistens unlösbaren Verbindungen und Mischungen“ (ebd.) beobachtet. Eine Reihe pathologischer Kompromissbildungen, die polymorph-perverse Fixierungen bedingten, seien eines der Ergebnisse einer derartigen Entwicklung, erläutert Kernberg (1988). Zu dem gleichen Schluss war schon Reich (1925) gekommen, der die Libidostruktur seiner Borderline-Patientin als „durchaus polymorph-pervers“ (S.67) bezeichnet. Er schildert eine in höchstem Maße ungehemmten Sexualität, die sich in einer „seit frühester Kindheit ununterbrochen fortgesetzten Onanie“ (S.65) zeige; Geschlechtsverkehr mit einem Partner komme jedoch nicht vor. Onanistische Phantasien spielten sich auf drei Libidostufen ab - oral, genital und anal - durchzogen von masochistischen Komponenten.¹² „Die ‚Pansexualität‘ mancher Borderline-Patienten, die bei oberflächlicher Betrachtung zunächst wie ein chaotisches Wuchern primitiver Triebe und Ängste anmutet, stellt in Wirklichkeit eine Kombination mehrerer [...] pathologischer Lösungen dar. Sie alle sind letztlich erfolglose Versuche, mit der Aggressivierung genitaler Strebungen und überhaupt mit der allgemeinen Durchsetzung sämtlicher Triebbedürfnisse mit Aggression fertigzuwerden“ (Kernberg, 1988, S.66). Fonagy und Luyten (2011) gehen im Hinblick auf „Hypersexualität“ (S.941) in Borderline-Fällen ebenso von fehlangepassten affektregulierenden Strategien aus. Sie bringen diese mit dem Wiederauftauchen nicht-mentalischer Denkmodi in Verbindung.

In Bezug auf den Leitaffekt der Borderline-Pathologie räumt Dulz (1999) nicht wie Kernberg der Aggression, sondern der „Borderline-typische[n] frei flottierende[n] Angst“ (S.30) die entscheidende Rolle ein, die dann als sekundäre Folge die aggressiven Affekte von Wut und Hass nach sich ziehe. Auch gibt es Hinweise darauf, dass der Affekt des Ekels einen wichtigen Stellenwert bei Borderline-Patienten einnimmt (Buchheim, A., George, Liebl, Moser & Benecke, 2007; Krause, 2002). Dies könnte damit erklärt werden, dass mithilfe des Ekels schlechte und böartige Introjekte ausgestoßen und die Ich-Grenzen wieder aufgebaut werden sollen (Krause, 2002). Der Affekt des Ekels könnte auch einem Gefühlszustand entsprechen, der mit der „gleichzeitigen Aktivierung von Bindungsbedürfnissen und traumatischen Erfahrungen“ der primären Bezugsperson gegenüber einhergeht (Buchheim, A., et al., 2007, S.351).

Als wichtigsten Beitrag zu seinem Modell der Borderline-Persönlichkeitsorganisation sieht Kernberg (1988) die analytischen Erkenntnisse zur Pathologie der internalisierten Objektbeziehungen (vgl.1.1), für deren Verständnis er Helene Deuschs Artikel zur Als-Ob Persönlichkeit von 1934 als früheste Grundlage nennt. Wiederholungen pathologischer, internalisierter Beziehungen aus der Vergangenheit erfolgen im Hier und Jetzt. Unbewusste Konflikte bleiben hierbei in Form von Objektziehungen „in der Persönlichkeit des Patienten eingebettet“ (Dammann, et al., 2007, S.63). Diese

¹² „Eine onanistische Phantasie hat den Inhalt, sie esse mit ihrem Vater gefüllte Scheiden, die zuerst herausgeschnitten und mit Kot gefüllt wurden. Also Elemente aller drei Libidostufen. Essen (oral) statt koitieren – Scheiden (genital) – mit Kot gefüllt (anal); das Ganze wird masochistisch erlebt: sie wird dazu gezwungen (masochistisch)“ (Reich, 1925, S.67).

mangelhafte strukturelle Integration wird als Identitätsdiffusion bezeichnet. Klinisch schlägt sich dieser Integrationsmangel in unreflektierten, widersprüchlichen oder chaotischen Selbst- und Fremdbeschreibungen und der Unfähigkeit, diese Widersprüche zu erkennen oder sie zu integrieren, nieder, so Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008). Anhand der Objektbeziehungstheorie, die Kernbergs diesbezüglichen Überlegungen zugrunde liegt, lässt sich erklären, warum eine Persönlichkeit durchaus auf unterschiedlichen Strukturniveaus funktionieren kann, *„es unter regressiven Einflüssen bei einer Borderline-Persönlichkeit zu einer schweren Dekompensation kommt, während der gleiche Mensch zu anderen Zeiten und anderen Bedingungen“* jedoch, wie beispielsweise im beruflichen Kontext, gut funktioniert (Dammann et al., 2007). Die Selbst- und Objekt-Respräsentanzen seien, erörtert Kernberg (1988) – *„im Gegensatz zu den Psychosen“* (S.56) – zwar differenziert, die Ich-Grenzen könnten in den meisten Situationen entsprechend aufrecht erhalten bleiben, in Fällen von projektiver Identifizierung oder einer Verschmelzung mit idealisierten Objekten wären diese Ich-Grenzen jedoch labil. *„Dies ist offenbar auch ein wesentlicher Grund dafür, daß diese Patienten eher eine Übertragungspsychose als eine Übertragungsneurose¹³ ausbilden,“* folgert Kernberg (1988, S.56). Die ausreichende Differenzierung von Selbst und Objekten ermögliche zwar eine praktische Anpassung an die unmittelbaren Erfordernisse der Realität, eine tiefere Verinnerlichung von Realitätsforderungen, besonders die der sozialen Realität, könne dahingegen nicht zustande kommen, macht Kernberg (ebd.) deutlich; durch die mangelhafte Integration der Selbst- und Objektimages sei auch die Über-Ich-Integration behindert. *„Soweit sich Überichstrukturen überhaupt entwickeln, stehen sie einerseits unter der Herrschaft sadistischer, mit prägenital-aggressiven Triebabkömmlingen verbundener [Überich-] Vorläufer, die eher dazu geeignet sind, Allmachtsphantasien und größtenwahnsinnige Ansprüche an das Selbst zu verstärken, als daß sie die Funktion eines flexibel orientierenden Ich-Ideals erfüllen könnten“* (ebd., S.58). Rohde-Dachser (1983) spricht dementsprechend von einem geringen Maß an auftretenden Schuldgefühlen bei Borderline-Patienten, da nicht die dauernde Tendenz bestünde, sich um die Forderungen des Über-Ichs *„herumzumogeln“* bzw. *„sich nicht erwischen zu lassen“* (S.150). Auch Reich (1925) beobachtet bei seiner 19-jährigen Patientin eine ausgeprägte Gewissenlosigkeit, und *„[e]s bedurfte in der Analyse langer, intensiver Anstrengung, der Patientin klarzumachen, daß die an banale Vorkommnisse geknüpfte Weltuntergangsphantasie dem Schuldgefühl entspräche, das eigentlich ihren sadistischen Impulsen angehört“* (S.65 – 66).

Aus der ursprünglichen Integrationsschwäche des frühkindlichen Ichs wird später, im stärker entwickelten Ich, ein aktiv genutzter Abwehrvorgang, der das Ich vor Konflikten schützt, indem es einerseits libidinös, andererseits aggressiv determinierte Introjekte und Identifizierungen aktiv auseinander hält (Kernberg, 1988). Dieses Phänomen der Spaltung kann als *„radikale[...] Trennung von guten und schlechten Affekten sowie guten und bösen Objekten“* (Clarkin et al., 2008, S.14) definiert werden und gilt als primitiver Hauptabwehrmechanismus von Borderline-Patienten. Die projek-

¹³ Zu Übertragungsneurose: vgl. 2.1

tive Identifizierung gilt als zweiter vorherrschender primitiver Abwehrmechanismus in der Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Durch ihn werden inkompatible Anteile der Persönlichkeit in einen bedeutsamen Anderen projiziert (Clarkin et al., 2008). Den weiteren Abwehrformationen, die als charakteristisch für die Borderline-Pathologie gelten und allesamt als unreif einzustufen sind, wird vorrangig die Aufgabe zugesprochen, die Spaltungsoperationen und die projektive Identifizierung zu unterstützen und aufrecht zu erhalten. Zu diesen zählen primitive Idealisierung, Entwertung der Objekte, Verleugnung und Gefühle von Omnipotenz. *„Der Einsatz unreifer Abwehrmechanismen manifestiert sich in Verhaltensweisen, die den Patienten in seiner Beziehung zu sich und seiner Umwelt massiv beeinträchtigen und im Rahmen der Therapie die Interaktion zwischen Patient und Therapeut verzerren“* (S.13), erläutern Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008).

1.5 Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Von der Mehrzahl der Wissenschaftler wird heutzutage ein ätiologisches Modell präferiert, das von Wechselwirkungen ausgeht, die zwischen genetischen und psychosozialen Variablen stattfinden sowie dysfunktionale Verhaltens- und Interaktionsmuster berücksichtigt (AWMF, 2008).

Torgersen et al. (2000) haben eine wichtige Zwillingsstudie zu Persönlichkeitsstörungen durchgeführt und konnten bei monozygoten Zwillingen eine Konkordanz bezüglich der Borderline-Störung herausfinden, die 38% beträgt, bei dizygoten Zwillingen hingegen 11%. Die Erblichkeitsrate dieser spezifischen Persönlichkeitsstörung liegt laut der Ergebnisse der Studie bei 69%. Auch bei einzelnen charakteristischen Borderline-Merkmalen wurde die Relevanz der Genetik untersucht. So fasst Siever (2008) zusammen, dass die geschätzte Vererbung von Aggression bei Erwachsenen zwischen 44 und 72% liege. *„In einer bislang unveröffentlichten Arbeit unserer Forschungsgruppe“*, schreiben Siever und Weinstein (2011), *„korrelierten Polymorphismen des Mu-Opioid-Rezeptors mit Affektinstabilität und Borderline-Persönlichkeitsstörungen, während ein Polymorphismus von Oxytocin mit affektiver Dyskontrolle von Wut korrelierte. Diese Korrelationen scheinen durch Traumata noch verstärkt zu werden, was den Anlage-Umwelt-Effekt unterstreicht“* (S.113). Genetische Faktoren scheinen folglich eine bemerkenswerte Rolle in der Entstehung der Borderline-Pathologie zu spielen.

Aus psychoanalytischer Sicht entzieht sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung bisher noch einer *„nosologisch-ätiologischen Sesshaftwerdung“*, wie Kind (2011) es formuliert. Im Bereich der psychosozialen Einflüsse, die bei der Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Rolle spielen können, verdichten sich jedoch die Hinweise auf spezifische Variablen und geben Anlass zu zahlreichen psychoanalytischen Überlegungen. Die Faktoren der frühkindlichen Vernachlässigung, Traumatisierung und des sexuellen Missbrauchs konnten bereits in zahlreichen Studien als ätiologisch relevant nachgewiesen werden. So belegen Studien bei bis zu 70% der Borderli-

ne-Patienten körperlichen oder sexuellen Missbrauch (Gunderson, 2005).¹⁴ Andere Autoren sprechen sogar von einer Realtraumatisierung bei nahezu allen schwer- und schwerstgestörten Borderline-Patienten (vgl. Eckert, Dulz & Makowski, 2000). Auch hier soll noch einmal auf Reichs Fallgeschichte von 1925 verwiesen werden: die junge Patientin war von ihrem Vater, „*ein offenbar stark sadistischer Charakter*“ (S.66), erbarmungslos „*für kleinste Vergehen*“ (ebd.) oft auch mit Ruten geschlagen worden und es gibt deutliche Hinweise auf sexuellen Missbrauch durch ihn in der Kindheit.

Ebenso ist bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oft eine familiäre Vorgeschichte nachzuvollziehen, die durch Psychopathologie der Eltern und Substanzmissbrauch geprägt ist (Bateman & Fonagy, 2008a). In Anbetracht der von Torgersen und Kollegen festgestellten 69-prozentigen Erblichkeitsrate der Borderline-Pathologie ist dieses Phänomen wohl nicht verwunderlich. Mitunter könnte es aber auch widrige Umstände erklären, in denen eine kindliche Entwicklung nur gehemmt oder gestört ablaufen kann.

Neurobiologische Erkenntnisse ergänzen das diesbezügliche Verständnis: Bei Borderline-Patienten mit Missbrauchsgeschichte kann unter Verwendung eines Dexamethason/CRH¹⁵-Tests anhand von hyperreaktiver ACTH¹⁶- und Kortisol-Ausschüttung eine Überreaktivität der HHN-Achse¹⁷ und damit des physiologischen Zustandes festgestellt werden. Anhaltender Kindesmissbrauch scheint zudem eine erhöhte Sensibilität der CRH-Rezeptoren zu bedingen, was mit einer gesteigerten Stresswahrnehmung assoziiert ist (Gabbard, 2011). Fonagy et al. (2010) stellen von einem bindungstheoretischen Standpunkt unter Einbezug ihres Mentalisierungskonzeptes aus eine Verbindung her zwischen frühkindlicher Vernachlässigung – insbesondere gepaart mit traumatisierenden Erlebnissen – damit einhergehenden negativen oder ausbleibenden frühen Bindungserfahrungen, folgender mangelhafter Mentalisierungsfähigkeit und der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Neuronalen Faktoren messen auch Fonagy et al. eine wichtige Rolle in Bezug auf Bindung bei: „*Bindung gewährleistet, dass die Prozesse im Gehirn, die der sozialen Kognition dienen, angemessen organisiert und darauf eingestellt sind, es uns zu ermöglichen mit anderen Menschen zu leben und zu arbeiten*“ (S.44, übersetzt durch L.K.). Konkret bringt Gabbard (2011) eine Reduktion der präfrontalen serotonergen Funktion mit einer dysfunktionalen Affektregulation in Verbindung, da der präfrontale Kortex für eine Steuerung der Affektzustände durch hemmende Modulation und Mentalisierungsmechanismen verantwortlich scheint. Auch die Rolle des „Bindungshormons“ Oxytocin wird in diesem Zusammenhang untersucht (Fonagy & Luyten, 2011).

Konsistent mit den Ergebnissen anderer Studien haben Anna Buchheim et al. (2007) mithilfe des Adult Attachment Interviews erwachsene Patienten mit der Diagnose Borderline signifikant häufiger der Klassifikation „unverarbeitetes Trauma“

¹⁴ Mehrere Studien weisen Bateman und Fonagy (2008a) zufolge darauf hin, dass es der *sexuelle* Missbrauch ist, der in den Biographien von Borderline-Individuen signifikant häufiger auftaucht, als in denen von Patienten anderer Achse-2-Pathologien. Da körperliche Misshandlungen und sexueller Missbrauch jedoch häufig zusammen auftreten, wäre multivariate Statistik nötig, um herauszufinden, ob einer oder beide Faktoren für die Borderline-Entstehung notwendig oder ausreichend sind; diese wurde in den von Bateman und Fonagy gesichteten Studien jedoch nicht angewandt.

¹⁵ CRH: Corticotropin-Releasing-Hormon

¹⁶ ACTH: adrenocorticotropes Hormon

¹⁷ HHN-Achse: Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse

zugeordnet als die gesunden Personen der Kontrollgruppe. Einen weiteren Befund ihrer Studie formulieren Buchheim und ihre Mitarbeiter (2007) wie folgt: *„Wenn [Borderline-Patienten] mit bindungsrelevanten Szenen konfrontiert werden, die sie potenziell an ihre traumatischen Erfahrungen erinnern, reagieren sie auf der Verhaltensebene mit einem negativen Affekt – nämlich Ekel¹⁸“* (S.350). Gunderson (1996) bringt die für Borderline-Patienten mit dysreguliertem Bindungsverhalten in aktuellen Beziehungen charakteristische Angst vor dem Alleinsein ebenso mit frühkindlichen vernachlässigenden Erfahrungen in Verbindung. Dem vernachlässigten Kind gelingt es aufgrund mangelnder positiver Beziehungserfahrungen nicht, ein beruhigendes Introjekt zu aktivieren und ist in übertriebenem Maße Verlassensängsten ausgeliefert. Dulz (1999) geht davon aus, dass bei Borderline-Patienten eine gewisse, vermutlich in der frühen Kindheit entstandene Vulnerabilität vorliegen müsse, da durchaus nicht jede traumatische Erfahrung eine schwerwiegende psychische Störung bedinge. Treffe ein traumatisierendes Ereignis auf eine seit den ersten Lebensjahren labile Ich-Struktur, so Dulz, könne sich unter Umständen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickeln. Laut Dulz (1999) ist die Borderline-typische Angst *„ungerichtet und ein Ausdruck dessen, daß die Borderline-Persönlichkeit jederzeit mit einer erneuten Traumatisierung (einschließlich Verlassenwerden, Vernachlässigung und Mißachtung) rechnet – durch wen, wann, wo und wie auch immer“* (S.32). Die Schwierigkeiten mit der Affektregulation können bei Borderline-Individuen darauf zurückgeführt werden, dass in ihrer Kindheit die Interaktion mit einer *„wohlwollenden, empathischen und aufmerksamen Bezugsperson“* fehlt. Diese könnte im Zuge einer gesunden Entwicklung die Grundlage bieten für *„wachsende Selbstregulation, das Vorherrschen positiver über negative Affekte, die einsetzende Entwicklung des Bewusstseins sowie problemloses In-Beziehung-Treten mit Gleichaltrigen“* (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008, S.9). Auch die mangelnde Differenzierung und Integration der Objekt- und Selbstrepräsentanzen, welche die für Borderline-Patienten charakteristische Identitätsdiffusion kennzeichnen, assoziieren Dammann und seine Mitarbeiter (2007) mit instabilen, vernachlässigenden, grenzverletzenden oder traumatisierenden Beziehungserfahrungen in den frühen Lebensjahren. Aus neurobiologischer Sicht ist hier auf die Überreaktivität der HHN-Achse¹⁹ hinzuweisen, die bereits im Hinblick auf Missbrauchserfahrungen erwähnt wurde. *„Wenn interne Objektbeziehungen aufgrund von Bausteinen der Selbst- und Objektrepräsentanzen sowie aus den sie verbindenden Affekten entstehen, dann müsste die Wahrnehmung anderer Menschen als verfolgt und die Wahrnehmung von sich selbst als Opfer mit einem ängstlichen und hypervigilanten Affektzustand verbunden sein“* (S.124), vermutet Gabbard (2011). Da die Mentalisierung bei Borderline-Patienten in Erregungszuständen eingeschränkt funktioniert, kann es immer wieder zu einem Missverstehen der Intentionen anderer und damit zu Konflikten kommen. *„Diese hypervigilanten Fehlwahrnehmungen haben wahrscheinlich mit einer Hyperaktivität der Amygdala zu tun“* (ebd., S.125). Eine erhöhte Aktivität der Amygdala kann bei Borderline-Patienten mit emotional relevanten Umweltreizen und einer

¹⁸ Zur Psychodynamik: vgl. 1.4

¹⁹ HHNA: Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse

Steigerung der Aufmerksamkeit in Verbindung gebracht werden, ebenso mit einer herabgesetzten Schwelle für impulshaft-aggressives Handeln.

Viele psychodynamische Theorien zur Entstehung der Borderline-Pathologie können mittlerweile, wie bereits an mehreren Stellen erwähnt, von zahlreichen neurobiologisch fundierten Forschungsergebnissen ergänzt werden, „*sodass eine Integration der psychodynamischen und neurowissenschaftlichen Perspektiven für das Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Reichweite scheint*“ (Gabbard, 2011, S.123). „*Zu denken, dass die Neurobiologie die Kompliziertheit der unbewussten inneren Welt von Borderline-Patienten erklärt, wäre allerdings naiv*“ (ebd.), kommentiert Gabbard, der Überlegungen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung als Schnittstelle zwischen Psychoanalyse und Neurobiologie anstellt. Er betont jedoch auch, dass neurobiologische Erkenntnisse durchaus dazu beitragen könnten, die möglichen Mechanismen zu verstehen, die in der Psychotherapie wirken. Hinsichtlich möglicher Korrelate auf neuronaler Ebene bleibt außerdem immer die Frage Streitbar, ob die neurobiologischen Befunde als relevant für Pathogenese bzw. Vulnerabilität angenommen werden können, oder vielmehr eine Folge der psychischen Störung in Form eines messbaren Abbildes darstellen, womit die Diskussion um Epigenese angestoßen würde.

1.6 Diagnostik und Differentialdiagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Über lange Zeit wurde die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung als Verlegenheitsdiagnose für diejenigen Patienten gestellt, die in keiner der bisherigen Kategorien unterzubringen waren (Eckert, Dulz & Makowski, 2000). Etliche Studien haben in den vergangenen Jahrzehnten dazu beigetragen, trotz nachweisbarer Heterogenität, schließlich ein Bild der Borderline-Pathologie zu gewinnen, von dem eine Diagnose abgeleitet werden kann, deren Integrität und klinischer Nutzen belegt ist (Gunderson, 2005). 1980 wurde die Borderline-Persönlichkeitsstörung in das amerikanische Klassifikationssystem DSM-III aufgenommen (APA, 1980) und 1992 in die 10. Revision der „International Classification of Diseases and Related Health Problems“ der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) übernommen (WHO, 1992).

Das DSM-IV (1994) bietet einen Katalog von neun diagnostischen Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung an.²⁰ Da von diesen neun DSM-Kriterien für eine Diagnose dieser Störung nur fünf zutreffen müssen, ist eine sehr große Anzahl möglicher Symptomkombinationen denkbar. Dies bedeutet eine große diagnostische Herausforderung. Es ist demnach möglich, dass zwei Borderline-Patienten lediglich ein einziges der diagnostischen Kriterien gemeinsam haben. Bateman und Fonagy (2008a) kritisieren zudem, dass im DSM-IV die Kriterien der Regressionsanfälligkeit und der Verwendung primitiver Abwehrmechanismen vernachlässigt würden, obwohl diese bei Borderline-Patienten häufig vorzufinden seien.

²⁰ 1. Starkes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden 2. Muster instabiler, intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen 3. Identitätsstörung 4. potenziell selbstschädigende Impulsivität 5. wiederholte suizidale Handlungen und selbstverletzendes Verhalten 6. affektive Instabilität, 7. chronische Gefühle der Leere 8. unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren 9. Vorübergehende, in Belastungssituationen auftretende schwere Dissoziationssymptome und paranoide Vorstellungen

Die Kriterien der ICD-10 unterscheiden sich nur geringfügig von denen des DSM-IV (Bolm, 2009). Die ICD-Kategorie der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus (F60.31) stimmt weitestgehend mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV überein. Doch auch die emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typus (F60.30) lässt sich unter der DSM-IV Diagnose subsumieren. Rohde-Dachser (1997) wertet die Kriterienauflistung der Borderline-Persönlichkeitsstörung im ICD-10 als „nicht unbedingt einfühlbar“ (S.72), die Beschreibung im DSM-IV sei ihres Erachtens ausführlicher und zutreffender.

„Dem unstrukturierten klinischen Gespräch sind, wenn es um die BPS-Diagnose geht, semistrukturierte klinische Interviews vorzuziehen, weil sie verlässlichere Resultate erbringen“, empfehlen Bateman und Fonagy (2008a, S.30) und listen einige diagnostische Instrumente auf, wie das „Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorder“, die „International Personality Disorder Examination“ (IPDE) oder das „Diagnostische Interview für Borderline-Patienten“ (DIB-R). Daneben ist das „Strukturierte Klinische Interview zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen“ (SKID-II) ist ein verbreitetes diagnostisches Instrument (AWMF, 2008), ferner Kernbergs „strukturelles Interview“, das störungsspezifisch auf die Einschätzung der Fähigkeit zur Realitätsprüfung, die Beurteilung von Abwehrmechanismen und Identitätsaspekte zielt (Bateman & Fonagy, 2008a).²¹ Bolm (2009) betont im Zusammenhang mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung und deren Psychotherapieplanung die hohe Relevanz der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (OPD), da es mithilfe dieser möglich sei, das Gesamtbild von Phänomenologie – angepasst an ICD-10 – sowie Leidensdruck, Therapiemotivation, Beziehung, Konflikt und Struktur zu erfassen.

Eine Schwierigkeit bei der Erstellung einer Diagnose kann das gleichzeitige Auftreten der Borderline-Persönlichkeitsstörung und anderer Pathologien darstellen. Gunderson (2005, S.63) fasst zahlreiche Übersichtsartikel zu Schätzungen bezüglich Komorbiditäten²² mit klinischen Störungen zusammen. Er berichtet von 70% der Borderline-Patienten, welche die diagnostischen Kriterien der Dysthymia erfüllen, 50% die einer Major Depression. Bei einem Drittel könne Substanzmissbrauch festgestellt werden und bei einem Viertel eine Essstörung²³. Die Beziehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der Posttraumatischen Belastungsstörung ist komplex.²⁴ Die Reaktion auf ein Trauma könnte die Entstehung von emotionalen und Verhaltensproblemen bedingen und somit z.B. eine Posttraumatische Belastungsstörung. Die Traumatisierung könnte andererseits aber auch ein Zeichen für eine schon vorab bestehende Problematik in der Entwicklung sein und für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sprechen. Außerdem ist bei vielen Borderline-Patienten das Risiko, zusätzlich an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, durch ihre Rücksichtslosigkeit und

²¹ Eine Auflistung weiterer Diagnoseinstrumente für Persönlichkeitsstörungen samt Bewertung liegt in den Leitlinien des AWMF (2008) vor.

²² Zu Besonderheiten der Komorbiditätsraten, siehe z.B. Gunderson (2005, S.62).

²³ Aufgrund des impulsiveren Charakters der Bulimie liegt diese Essstörung bei Borderline-Patienten wesentlich häufiger vor als Anorexie (20% im Vergleich zu 5%). Gunderson (2005) sieht in Essanfällen und anschließendem Abführen ein sichtbares Zeichen der Spaltung nach außen hin.

²⁴ Siehe auch Gunderson & Sabo (1993)

emotionale Bereitschaft zur Überreaktion erhöht (Gunderson, 2005). „Wenn die Kriterien beider Störungen erfüllt sind, sollen auch beide diagnostiziert werden“ (S.17), empfiehlt die Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF, 2008). Bei rund einem Drittel der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung wird der Leitlinie folgend eine komorbide Posttraumatische Belastungsstörung verzeichnet (Gunderson, 2009).

Für eine differenzialdiagnostische Abgrenzung zur Schizophrenie sind die kurze Dauer psychotischer Episoden und das Fehlen formaler Denkstörungen entscheidend. Im Falle von auftretenden Sinnestäuschungen handelt es sich meist um Pseudohalluzinationen; der Trugcharakter der Wahrnehmung wird erkannt. Des Weiteren spielt inzwischen die Differentialdiagnostik in Bezug auf die bipolare Störung eine wichtige Rolle. Die symptomatologische Ähnlichkeit mit den Borderline-Phänomenen geht auf gestörte Impuls- und Verhaltenskontrolle sowie affektive und emotionale Instabilität zurück.²⁵

Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen besteht bei 25% der Borderline-Patienten eine Komorbidität mit der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Bei Borderline-Patienten ist ebenso eine Überlappung von 25% mit der Antisozialen Persönlichkeitsstörung bekannt (Gunderson, 2005). Mit der Ängstlichen (Vermeidenden) Persönlichkeitsstörung liegt eine noch häufigere Überlappung vor: Zwischen 30 und 40% der Borderline-Patienten erfüllen deren Kriterien (AWMF, 2008).²⁶

Eine Auseinandersetzung mit den schwierigsten und häufigsten Fragen der differenzierenden Diagnostik zeige, „dass die Grenzen zwischen der BPS und den benachbarten Störungen häufig an sich schon fließend sind“, kommentiert Gunderson (2005, S.81) die Herausforderung bei der differenzialdiagnostischen Abgrenzung, die sich zusätzlich zum Auftreten von Komorbiditäten ergibt. Ob dies daran liegt, dass die Borderline-Pathologie „an der Grenze“ anderer Störungsbilder liegt, oder konzeptuelle Unschärfe der Grund für die Schwierigkeiten bei Diagnostik und Differentialdiagnostik sind, dürfte eine berechtigte Frage sein. Die Bedeutung einer fundierten, klaren diagnostischen Entscheidung ist unzweifelhaft groß. Wird eine Borderline-Persönlichkeitsstörung im Zuge der Diagnostik übersehen, können therapeutische Maßnahmen im besten Falle ins Leere laufen. Jedoch eher durch hervorgerufene Spaltung, Regression und von Gegenübertragung bestimmtes Vorgehen (Gunderson, 2005) sowie einem Aussetzen der Realitätsprüfung und auf die Übertragung bezogene wahnhaftes Idee, zu einer Verschlimmerung beim Patienten führen (Kernberg, 1967).

²⁵ Auch instabile Beziehungen und wiederholte suizidale Handlungen können auf beide Störungen hinweisen. Borderline-Patienten nehmen an anderen Menschen jedoch mehr Feindseligkeit und Autonomie wahr als dies Individuen mit bipolarer Störung in vergleichbaren Situationen tun. Für Letztere ist vielmehr Empfindungs-mangel in zwischenmenschlichen Beziehungen charakteristisch (Gunderson, 2005).

²⁶ Das Charakteristikum der Angst vor dem Alleinsein kann Anlass zur Annahme einer Ängstlichen Störung bieten, erleichtert jedoch die Unterscheidung zwischen der Borderline-Pathologie und der Posttraumatischen Belastungsstörung, der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung, wie auch depressiven Störungen (Gunderson, 2005).

2 Therapeutische Ansätze zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

2.1 Einführung in die psychoanalytische Standardtechnik²⁷

Der nun folgende Teil dieser Arbeit, welcher insbesondere anhand der Vorstellung dreier modifizierter Behandlungsansätze auf die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung fokussiert, soll in aller Knappheit mit einer Einführung in die aktuelle psychoanalytische Behandlungstechnik in unmodifizierter Form, begonnen werden, da diese den theoretischen Hintergrund dieser störungsspezifischen Therapieformen darstellt.

„Was die Pioniere der Behandlungstechnik, Freud und Ferenczi, geleistet haben, ist in vielfältiger Weise ausgebaut worden, jedoch in den wesentlichen Merkmalen unverändert geblieben“ (Nedelmann, 2006, S.607). Entsprechend wird *„nicht die Krankheit behandelt [...], sondern der Mensch, der unter ihr leidet“* (ebd.), mit dem Behandlungsziel dem Patienten *„ein genügendes Maß von Genuß- und Leistungsfähigkeit“* (S.476) zu ermöglichen (Freud, 1917b). Auch die Grundregel bezüglich freier Assoziation (Freud, 1912a) und gleichschwebender Aufmerksamkeit (Freud, 1912b) ist nach wie vor gültig und stellt einen wesentlichen Bestandteil des psychoanalytischen Rahmens dar. Sind *„Zeit und Geld geregelt [...], der Praxisraum genügend geschützt und das Liegen auf der Couch bequem“* (Nedelmann, 2006, S.607), womit die innerhalb des Rahmens angesiedelten Forderungen der Vertragsebene erfüllt sind (Müller, 2006), sind die Voraussetzungen für die gleichschwebende Aufmerksamkeit, die der Psychoanalytiker dem Analysanden entgegenbringt und dessen freie Assoziation geschaffen.

Die freie Assoziation gilt als psychoanalytisches Erkenntnisinstrument und wird als eine von Freuds bedeutendsten Leistungen gewürdigt. Zu Beginn der Therapie wird der Analysand aufgefordert – ungehindert und möglichst frei – unzensiert, seine Einfälle, Gedanken bzw. Phantasien zu äußern. Komplementär widmet sich der Analytiker der therapeutischen Situation mit gleichschwebender Aufmerksamkeit (Hölzer, 2006); sie soll helfen, die unbewussten Verbindungen zwischen den Äußerungen und dem Verhalten des Analysanden zu verstehen (Freud, 1912b). Diesbezüglich fordert Freud, dass man *„wie absichtslos [verfahre]“* (S.380). Mit der Empfehlung *„without memory and desire“* (S.43) zu arbeiten, hat Bion (1970, zit. nach Nedelmann, 2006) dieses Konzept weitergeführt. Erinnerung („memory“) soll den Analytiker in diesem Sinne nicht befangen machen. Gleiches trifft auf „desire“ zu: *„Ehrgeiz, Neugier oder andere Manifestationen des Wunsches sind nun einmal da“* (S. 607), sie sollten den Behandelnden aber ebenso wenig *„präokkupieren“* (ebd.).

Als Bedingung für die Befolgung der Grundregel nennt Freud (1915) eine abstinente Haltung, in der die Psychoanalyse durchgeführt werden muss. Die Regel der

²⁷ Zum Begriff der Standardtechnik: siehe Thomä, H. & Kächele, H. (2006, S.8): *„Das klassische Werk Freuds ist im Analytiker zwar ideell immer irgendwie repräsentiert, aber es ist nicht so in die Therapie zu transformieren, dass es gerechtfertigt wäre, von der klassischen Technik zu sprechen. Unerlässlich ist es hingegen, Regeln zu befolgen und diese zu standardisieren. Die Behandlungsregeln gehen auf Freuds Empfehlungen und Ratschläge zurück. Sie sind in der Standardtechnik zusammengefasst.“* (Hervorhebungen im Original)

Abstinenz fordert von Analytiker und Analysiertem „*einander innerhalb der psychoanalytischen Behandlungssituation nicht zur Befriedigung ihrer Beziehungswünsche zu gebrauchen, und sie verpflichtet beide, in der psychoanalytischen Arbeit zu sprechen, aber nicht zu handeln*“ (Körner, 2006a, S.1). „*[D]ie Abstinenzregel [wirkt] auf eine scheinbar widerspruchsvolle Weise: Auf der einen Seite schränkt sie ein, indem sie als eine Reihe von Verboten und Begrenzungen daherkommt, auf der anderen Seite aber öffnet sie gerade dadurch den psychoanalytischen Raum für die Gestaltung mit unbewussten Beziehungsphantasien*“ (ebd., S.2). Sie ist als technische Regel Teil des psychoanalytischen Rahmens, ebenso wie die Forderung nach Neutralität und die Aufgabe der Deutung auf Seiten des Analytikers (Müller, 2006). Unter Neutralität ist eine Qualität der Haltung des Behandlers zu verstehen, die in Bezug auf religiöse, moralische und soziale Werte unvoreingenommen und nicht wertend – eben neutral – ist. Das bedeutet, dass der Analytiker die Behandlung nicht aufgrund „*irgendeines Ideals lenken und sich jedes Rats enthalten*“ (S.331) soll (Laplanche & Pontalis, 1972a). Der Aspekt der Deutung kann als „*methodische Grundform*“ (S.607) der Psychoanalyse verstanden werden (Nedelmann, 2006). Unter ihm sind zwei Dinge zu verstehen:

Zum einen handle es sich nach Laplanche und Pontalis (1972a) um die Aufdeckung der latenten Bedeutung von Worten und Handlungsweisen eines Analysanden, was die Modalitäten des Abwehrkonfliktes erhellt und „*letztlich auf den Wunsch ab[zielt], der sich in jeder Bildung des Unbewußten ausdrückt*“ (S.117). Nedelmann (2006) fasst seine Beschreibung weiter: „*Die Deutung bezieht sich auf die Übertragungsbeziehung, auf die aktuelle äußere Realität, in der sich der Patient gerade befindet, und auf die Erinnerung, Konstruktion und Rekonstruktion der Lebensgeschichte, besonders der infantilen*“ (S.607) und betont, dass keiner dieser Gegenstände im Zuge der Deutung außer Acht gelassen werden sollte. Als „*populärste[n] Teil der psychoanalytischen Theorie und Technik*“ (S.158) schätzen Thomä und Kächele (2006) die Traumdeutung ein, die auf Freuds gleichnamiges, die Psychoanalyse begründendes Werk von 1900 zurückgeht, und auf die Analyse der latenten Traumgedanken und Traumwünsche zielt.²⁸

Zum anderen ist unter dem Begriff der Deutung auch die vom Analytiker formulierte Mitteilung zu fassen, die beabsichtigt, dem Analysanden Zugang zu der latenten Bedeutung der Deutungsgegenstände zu verschaffen (Laplanche & Pontalis, 1972a). „*Die Selbsterkenntnis wird durch die Deutungen des Analytikers unter Überwindung unbewusster Widerstände erleichtert, wobei der Patient spontan zu überraschenden Einsichten gelangen kann*“ (S.14), fassen Thomä und Kächele (2006) die Absicht der ausgesprochenen Deutung in Worte. Anhaltend wirken können Deutungen, wenn sie beim Analysierten zu Einsichten führen, die „*seiner kritischen Prüfung standhalten bzw. überhaupt einer ‚Erwartungsvorstellung‘, einer inneren Wirklichkeit in ihm entsprechen*“ (ebd.). Im Vorgang des Durcharbeitens wird das Erleben des Analysanden verändert, welches durch Einsichten in den Fokus des Bewusstseins gerückt ist.

²⁸ Die beiden Autoren weisen jedoch auch auf die Problematik einer, Freuds Traumdeutung nicht hinterfragenden Ausübung derselben hin und sprechen sich für eine Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der experimentellen Traumforschung aus. Näheres hierzu, siehe Thomä & Kächele (2006): Kapitel 5, Traumdeutung

Die Reduzierung oder das gänzliche Verschwinden der Symptome machen diese subjektiv wahrgenommenen Veränderungen deutlich (ebd.). *„Dieses Durcharbeiten der Widerstände mag in der Praxis zu einer beschwerlichen Aufgabe für den Analysierten und zu einer Geduldprobe für den Arzt werden. Es ist aber jenes Stück der Arbeit, welches die größte verändernde Einwirkung auf den Patienten hat“* (Freud, 1914, S.136).

Das „Überwinden unbewusster Widerstände“, das im vorangegangenen Abschnitt bereits kurz erwähnt wurde, bringt einen weiteren Begriff – den des Widerstandes – ins Spiel, dessen Deutung neben der Übertragungsanalyse (vgl. unten) als charakteristisches Merkmal der psychoanalytischen Methode gilt (Ermann, 2006b). *„Die Psychoanalyse ist mit Recht misstrauisch. Eine ihrer Regeln lautet: Was immer die Fortsetzung der Arbeit stört, ist ein Widerstand“*²⁹ (S.521), legt Freud (1900) fest. Widerstand tritt sekundär, zum primären Wunsch des Patienten nach Hilfe, auf, indem er sich gegen die zugleich gesuchte Übertragungsbeziehung richtet und die bewusst angestrebten, unbewusst jedoch befürchteten Veränderungen, zu vermeiden sucht (Thomä & Kächele, 2006).

Nedelmann (2006) nennt die Beachtung und Nutzung der Objektbeziehung, *„die genetisch in der frühen Mutter-Kind-Beziehung ihren Anfang nahm“* (S.607), als weiteres charakteristisches Merkmal der psychoanalytischen Methode. Die Aktualisierung unbewusster Wünsche, die an bestimmten Objekten im Rahmen eines bestimmten Beziehungstypus, der sich mit diesen Objekten ergeben hat, vor sich geht, wird als Übertragung bezeichnet, definieren Laplanche und Pontalis (1972b). Sämtliche Phänomene der subjektiven Zuschreibung von Bedeutung innerhalb einer Begegnung mindestens zweier Personen, bieten Herold und Weiß (2006) als Definition an. Die beiden letzteren Autoren sprechen jedoch auch die definitorischen Schwierigkeiten an, die sich rund um den Begriff der Übertragung ergeben; im Umgang mit ihr zeigten sich *„alle Widersprüche und Paradoxien“*, *„mit denen die Psychoanalyse als Wissenschaft und Krankenbehandlung zu kämpfen“* (S.799) habe. Zunächst schätzt Freud (1893) es als großen Nachteil ein, dass die persönliche Beziehung zum Arzt sich *„wenigstens eine Zeitlang ungebührlich in den Vordergrund“* (S.286) dränge. Nach einigen Jahren räumt er ihr in seiner Arbeit *„Zur Dynamik der Übertragung“* einen wichtigen Stellenwert ein (Freud, 1912a). So kann die Übertragung zum *„mächtigsten Hilfsmittel der Behandlung“* (S.89) avancieren (Thomä & Kächele, 2006). Freud (1917b) erläutert den Vorgang der Übertragung innerhalb des analytischen Prozesses wie folgt: *„An Stelle der eigenen Krankheit des Patienten tritt die künstlich hergestellte der Übertragung (die Übertragungsneurose), an Stelle der verschiedenartigen irrealen Libidoobjekte das eine wiederum phantastische Objekt der ärztlichen Person“* (S.473). Durch das In-Szene-Setzen der unbewussten Objektbeziehung in der analytischen Situation kann die Übertragung also systematisch beobachtet und bearbeitet werden; *„nur hier kann sie verändert werden“* (Herold & Weiß, 2006, S.799). Freud (1914) hatte erkannt, dass

²⁹ Freud (1900) kommentiert hierzu in einer Fußnote: Der letztere Satz *„könnte leicht missverstanden werden. Er hat natürlich nur die Bedeutung einer technischen Regel, einer Mahnung für den Analytiker. Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß sich während einer Analyse verschiedene Vorfälle ereignen können, die man der Absicht des Analysierten nicht zur Last legen kann“* (S.521).

die „*Handhabung der Übertragung*“ (S.134) – die Übertragungsdeutung – das „*Hauptmittel*“ darstelle, mit dem der „*Wiederholungszwang*“ der Neurose, an dem der Patient leidet „*zu bändigen*“ (ebd.) sei. „*Wir eröffnen [dem Wiederholungszwang] die Übertragung als den Tummelplatz, auf dem ihm gestattet wird, sich in fast völliger Freiheit zu entfalten, und auferlegt ist, uns alles vorzuführen, was sich an pathogenen Trieben im Seelenleben des Analysierten verborgen hat*“ (ebd., S.134).

Gestaltet der Analysand die Übertragungssituation in Entsprechung zu seiner unbewussten Beziehungsphantasie, kommt es zur Regression (Körner, 2006b). „*Es gehört zum Wesen der analytischen Situation, daß [die] Reifungs- und Zivilisierungsprozesse*“ eines erwachsenen Individuums „*bis zu einem gewissen Grade rückläufig gemacht werden*“ (Balint, 1970, S.97). Regressionen können pathologisch, und damit „*maligne*“, oder gutartig „*im Dienste des Ichs*“ fungieren. Da die Regression auch in Abhängigkeit mit dem Objekt entsteh, müsse sie, so Balint (1970), als „*eines unter mehreren Symptomen der Interaktion zwischen Patient und Analytiker angesehen werden*“ (S.180). Einem regressiven Zug solle nachgegeben werden, um dem Analysanden zu helfen, „*eine primitive Beziehung in der analytischen Situation einzugehen, die seinem eingeschliffenen Schema entspricht, und sie in ungestörtem Frieden aufrechtzuerhalten, bis er die Möglichkeit neuer Formen der Objektbeziehung entdecken, erleben und mit ihnen experimentieren kann*“ (S.202).

Das Gegenstück zum Phänomen der Übertragung stellt die Gegenübertragung dar. Diese verweist auf die korrespondierenden Prozesse im Analytiker, von denen die unmittelbaren Reaktionen auf die Übertragung bestimmt werden (Ermann, 2006a). Mit der Definition „*Gesamtheit der unbewußten Reaktionen des Analytikers auf die Person des Analysanden und ganz besonders auf dessen Übertragung,*“ bieten Laplanche und Pontalis (1972a) eine sehr weit reichende Beschreibung dieses Vorganges an. Die beiden Autoren berichten, dass Freud dieses von ihm benannte Phänomen nur selten erwähnt habe, von diesem aber die Notwendigkeit einer Lehranalyse im Rahmen der analytischen Ausbildung abgeleitet habe, da „*jeder Psychoanalytiker nur soweit kommt, als seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände es gestatten*“ (Freud, 1910). Freud sieht in der Gegenübertragung ein, seinem Ziel einer unvoreingenommenen und wertfreien Begegnung des Analytikers dem Analysierten gegenüber, widerstreitendes Phänomen. „*Sie lief dem altehrwürdigen Wissenschaftsideal zuwider, dem Freud verpflichtet war und an dessen Erfüllung ihm aus Überzeugung und um der Reputation der umstrittenen Methode wegen gelegen sein musste*“ (Thomä & Kächele, 2006, S.98). Ihr negativer Ruf soll der Gegenübertragung noch mehrere Jahrzehnte erhalten bleiben (ebd.). Ermann (2006a) erkennt eine Tendenz in der gegenwärtigen Psychoanalyse hin zu einer wachsenden Berücksichtigung dieser weitgehend unbewusst verlaufenden und unbewusst determinierten Dynamik im Theoretischen und Praktischen: „*Die Arbeit mit der Gegenübertragung und das Durcharbeiten der Beziehungsdynamik anhand der Selbstanalyse der Gegenübertragung stellt zunehmend ein zentrales Element dar, das zu einem Identitätsmerkmal der Psychoanalytiker wird und die verschiedenen Richtungen der Psychoanalyse verbindet*“ (S.237). Thomä und Kächele (2006) warnen jedoch davor, die Gegenübertragung zur entscheidenden

Wahrnehmungsfunktion des Analytikers zu erheben; die Gefahr der Zuschreibung einer verlässlichen Urteilskraft läge dann nahe.

Der Übertragung als „überwiegend irrationale[s], wenig realitätsorientierte[s], regressiv[e] und neurotische[s] Beziehungsmuster, in dem sich frühere Beziehungsmuster wiederholen“ (S.75), kann das Arbeitsbündnis gegenübergestellt werden und umfasst die Arbeitsbeziehung zwischen Analytiker und Analysand. Es fußt in den Vereinbarungen und Rahmenbedingungen der analytischen Therapie, die oben beschrieben wurden, und zeichnet sich durch Merkmale wie Rationalität, Realitätsorientierung, Objektivität sowie Gegenseitigkeit aus (Deserno, 2006). Deserno (1990) spricht sich jedoch entschieden dagegen aus, dem Konzept des Arbeitsbündnisses eine methodische Sonderstellung einzuräumen, wie es Greenson (1965, 1967, zit. nach Deserno, 2006) fordert. Dieser geht vom Arbeitsbündnis als abgegrenztem Bereich aus, der „außerhalb“ des Übertragungsgeschehens liegt. Durch dieses sei die rationale Arbeit erst möglich (Deserno, 1990) und die gemeinsame Arbeit „auch in krisenhaften Zuspitzungen des Behandlungsprozesses“ (S.75) könne garantiert werden (Deserno, 2006). „Das Arbeitsbündnis, von Greenson als Voraussetzung von Analyse definiert, erscheint in der Praxis eher als Ergebnis eines überwiegend schon gelungenen analytischen Prozesses“ (Deserno, 2006, S.77).

2.2 Grundzüge der psychodynamischen³⁰ Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wird noch nicht zwischen Neurosen auf hohem Strukturniveau und Störungen auf niederem Strukturniveau mit weniger neurotischen Zügen betont unterschieden, wie die 10-Jahres Statistik des Berliner Institutes zeigt (Fenichel, 1930). Die so genannte „Standardtechnik“ ist eine Erfindung der frühen 50er Jahre, als in den USA die Auseinandersetzung mit den von Alexander und French (1946) eingebrachten Modifikationen einsetzt (vgl. Eissler, 1953; 1958). In dieser Auseinandersetzung liegt die Entwicklung störungsspezifischer Techniken, die zunehmend von adaptiver Indikation und Flexibilität gegenüber verschiedenartigen Störungsbildern geprägt war. Heute wird von „frühen Störungen“ bzw. niederem Strukturniveau als Grund für die Anwendung modifizierter Verfahren gesprochen (Mertens, 2005).

Umgesetzt wird dies mit psychoanalytisch orientierten und tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien, die störungsorientiert modifiziert zunächst weniger auf unbewusste Konflikte, sondern mehr auf die Persönlichkeitsstruktur sowie typische maladaptive Verhaltensmuster ausgerichtet sind (AWMF, 2008). „Grundsätzlich geht es um die Identifikation und Bearbeitung von dysfunktionalen Beziehungs-, Erlebens- und Verhaltensmustern im Hier- und- Jetzt der therapeutischen Beziehung und um Prozesse der Übertragung und Gegenübertragung zwischen Therapeut und Patient“, ist es der

³⁰ Der Begriff der Psychodynamischen Psychotherapie wird hier als Oberbegriff „Tiefenpsychologisch Fundierter Psychotherapie“ (TP) und „Analytischer Psychotherapie“ (AP) verwendet (vgl. WBP, 2011).

Leitlinie der AWMF (2008, S.26) zu entnehmen. Die psychodynamische Therapie kann ihren Fokus vorrangig auf die durch Identitätsstörung abgespaltene, verzerrte Objektbeziehungen und die damit einhergehenden Affekte setzen. Im Mittelpunkt psychodynamischer Behandlung können aber auch die Fähigkeiten zur Selbst- und Beziehungsregulation stehen, die bei Borderline-Patienten eingeschränkt sind, ebenso wie die mangelnde Fähigkeit im Sinne beschränkter Mentalisierungsfähigkeit eigene innere Prozesse und die anderer Menschen zu erkennen, verstehen und reflektieren (ebd.).

Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) zitieren eine zusammenfassende Auflistung von Waldinger (1987) zu den Punkten, in denen sich die Vertreter eines psychodynamischen Behandlungsansatzes für die Borderline-Persönlichkeitsstörung einig sind. Hierzu zählt die Betonung eines stabilen Behandlungsrahmens, für den sich z.B. auch Gunderson (2005) ausspricht, da das Fehlen einer klaren Struktur in der Behandlung zu Regression und Projektion einlade. Die therapeutische Umgebung solle von Regelmäßigkeit und Wiederholungen geprägt sein und vom Patienten als berechenbar und übersichtlich erlebt werden können. Gunderson empfiehlt diesbezüglich auch das Schließen von Verträgen, z.B. hinsichtlich Suizidalität. Dies reiht sich an das Ziel psychodynamischer Therapie, agierendes Verhalten, das den Patienten, die Behandlung oder andere Personen gefährden könnte, durch das Setzen von Grenzen zu unterbinden. Des Weiteren gilt eine erhöhte Aktivität des Therapeuten während der Sitzungen als nötiges Merkmal der psychodynamischen Borderline-Therapie, welches durch die Schwierigkeiten der Borderline-Patienten mit Realitätsprüfung, Verzerrungen und projektiven Mechanismen bedingt ist. Auch die Reduzierung selbstschädigender Verhaltensweisen durch die Techniken der Klärung und Konfrontation gehört zu den allgemein anerkannten Aspekten tiefenpsychologisch orientierter und analytischer Psychotherapie. Ziel derartiger Interventionen ist es, dass der Patient selbstdestruktives Verhalten als Ich-dyston und unbefriedigend erlebt. Der Einsatz von Deutungen, *„die dem Patienten helfen sollen, Handeln und Fühlen miteinander zu verbinden“* (S.29) ist ein weiterer Punkt auf der von Clarkin et al. (2008) aufgegriffenen Liste. In Bezug auf Übertragungsphänomene gilt es in der psychodynamischen Therapie von Borderline-Patienten besonders die Feindseligkeit der Patienten zu tolerieren, die sich in der negativen Übertragung manifestiert; ferner Gegenübertragungsgefühle sorgfältig abzuklären (ebd.).

Gunderson (2005) spricht ergänzend von Begrenzung (Containment) als wichtiger therapeutische Funktion, welche Sicherheit vor belastenden Situationen bietet und sich auf Winnicotts (1965) Konzept einer „haltenden Umwelt“ bezieht. *„Bei den meisten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung folgen auf die anfängliche Erleichterung [...] Ängste vor Fremdkontrolle“* (S.89), gibt er zu bedenken. Verläuft die Therapie erfolgreich, kann die Kontrolle jedoch internalisiert werden; die haltende Umgebung kann gedanklich selbst hergestellt werden. Auch der Aspekt der Unterstützung sollte nach Gunderson in der Behandlung von Borderline-Patienten berücksichtigt werden. Hierbei geht es darum, dem Patienten die Aufmerksamkeit zu schenken, die er benötigt, um sein Wohlbefinden und seine Selbstachtung zu steigern. *„Die Unab-*

dingbarkeit dieser Funktion ist manchmal in den psychoanalytischen Psychotherapien übersehen worden", so Gunderson (2005, S.92), „doch ihre Bedeutung für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ist inzwischen gut belegt“.

„Bis in die 80er Jahre galten Borderline-Störungen als schwer behandelbar“ (S.65), leiten Dammann und Kollegen (2007) eine kleine Übersicht über die chronologische Entwicklung der modifizierten Borderline-Therapie ein.³¹ Sie erwähnen die psychodynamischen Behandlungsmanuale von Luborsky, sowie Strupp und Binder, die ab 1984 entstanden; deren Ansätze waren jedoch nicht für die Borderline-Pathologie konzipiert. „Nachdem in den 90er Jahren Linehan, aber auch Stevenson und Meares zeigen konnten, dass störungsspezifische Modifikationen zu Vorteilen in der Behandlung dieser Patientengruppen führten (weniger Abbrüche etc.) lag es nahe, auch die bereits in den 60er und 70er Jahren entwickelte Konzeption Kernbergs zu manualisieren“ (Dammann et al., 2007, S.65).³² Und sie zählen weiter eine Reihe von Manualen auf, die neben eben dieser manualisierten Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP)³³ mittlerweile für schwere Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurden; unter ihnen die „Dialektisch-Behaviorale Therapie“ (DBT) nach Linehan, die „Mentalisierungsbasierte Therapie“ (MBT) nach Bateman und Fonagy sowie die „Strukturbezogene Psychotherapie“ nach Rudolf. Auch „Rocklands Supportive Therapie“, Benjamins „Interpersonelle Therapie“ und Youngs „Schemafokussierte Therapie“ finden Erwähnung.

Ziel psychodynamischer Therapiemanuale ist es nicht, festzulegen, wie in jeder einzelnen Sitzung gearbeitet werden sollte. Vielmehr sind sie als Verfahren zu verstehen, die an spezifischen Prinzipien orientiert sind. Hilfreiche Interventionen werden empfohlen, von anderen wiederum wird abgeraten und es kann nachgelesen werden, ob bestimmte Vorgehensweisen in bestimmten Phasen der Behandlung, Problemsituationen oder bei Untergruppen von Patienten ratsam sind (Dammann et al., 2007).

Nach Gunderson (2009) ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung die einzige bedeutende psychiatrische Störung, für die Psychotherapie das erste Mittel der Wahl sind,³⁴(vgl. auch APA, 2001) und das obwohl, oder gerade weil die Bedeutung erblicher Risikofaktoren inzwischen wissenschaftlich nachvollzogen werden konnte (vgl. z.B. Beutel, 2002; Fonagy & Luyten, 2011; Gabbard, 2011; Roth & Buchheim, A., 2010; Siever, 2008; Siever & Weinstein, 2011). Oldham (2009) bezeichnet Psychotherapie gar als „biologische Behandlung“ (S.510), mit dem Potential, im Sinne eines langfristigen Lernens und Rückerinnerns, nicht nur den Geist, sondern auch das Gehirn zu verändern; vorausgesetzt, und das gestalte sich oft als größte Hürde, eine entsprechende Intensität und Dauer der Psychotherapie könne gewährleistet werden (vgl. auch Beutel, Stern & Silbersweig, 2003). „Das Wissen um die zugrunde liegende

³¹ Eine detaillierte Übersicht über bisher entwickelte Manuale für die Borderline-Psychotherapie im Bereich psychodynamischer Langzeittherapien liegt außerdem von Caligor (2005) vor.

³² Die in Seattle (USA) arbeitende Psychologin Marsha Linehan entwickelte ihren Ansatz aus einer Mischung von Verhaltenstherapie und buddistisch angeregten Meditationsüberlegungen; die australischen Autoren Stevenson und Meares waren der selbst-psychologischen Tradition verpflichtet.

³³ TFP: Transference Focused Psychotherapy

³⁴ „[L]aut einer metaanalytischen Untersuchung von Perry et al. (1999) [ist Psychotherapie] ein wirksames Verfahren zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen [...], mit einer bis zu siebenfach schnelleren Generungsrate im Vergleich zum ‚natürlichen‘ Verlauf der Störung“ (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008, S.290).

neurobiologische Disposition eines Patienten [beeinflusst außerdem] die Fähigkeit des Analytikers, einen empathischen Kontakt zu diesem aufrechtzuerhalten. Diese Fähigkeit, anfänglich irritierendes Verhalten eines Patienten zu verstehen, sich ein umfassenderes Bild von dessen Kämpfen mit einer zuweilen schwer zu zähmenden Neurobiologie zu machen, fördert konkordante Identifizierungen, die den rigiden Rollen, welche eine Analyse zerstören können, Einhalt gebieten" (S.121), kommentieren Siever und Weinstein (2011).

Janssen (2007) fasst zusammen, welche psychoanalytischen Konzeptionen sich „im Mainstream durchgesetzt“ (S.5) haben: Kernbergs Theorie von der Borderline-Persönlichkeitsorganisation, Fonagys Konzept der Mentalisierungsstörung, sowie die Auffassungen zur Ich-strukturellen Störung sowie zur Strukturstörung nach den Kriterien der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (OPD). Und eben diese drei gängigen Konzepte stellen die Grundlage der drei Behandlungsansätze dar, die im Folgenden – unter anderem anhand des jeweiligen Strukturbegriffs, sowie der jeweiligen Bedeutung des Mentalisierungskonzepts und der Übertragung – vorgestellt, diskutiert und verglichen werden sollen: die „Übertragungsfokussierte Therapie“ (TFP) nach Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008³⁵) die „Mentalisierungsbasierte Therapie“ (MBT) nach Bateman und Fonagy (2008a³⁶), und die „Strukturbezogene Psychotherapie“ nach Rudolf (2006a).

2.3 Die Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

2.3.1 Entwicklung, Anwendungsbereiche, Manualaufbau und Theoretischer Hintergrund der TFP

Bei der TFP handelt es sich um das erste störungsspezifische, manualisierte Behandlungsverfahren,³⁷ das auf einer psychoanalytischen Grundlage basiert (Dammann et al., 2000).³⁸ Seit der Entwicklung der ersten Version am „Personality Disorders Institute“ der Cornell-Universität, New York, durch ein Team von Klinikern, Theoretikern und Forschern um Kernberg (1989), wurden dort über viele Jahre Erfahrungen mit diesem therapeutischen Ansatz gesammelt und etliche Psychiater sowie klinische Psychologen in diesem Verfahren ausgebildet.³⁹ Im Laufe der Jahre konnten anhand dieses klinischen Erfahrungsschatzes, der Psychotherapieforschung genügende Kriterien immer präziser formuliert werden und eine lern- und lehrbare Manualisierung

³⁵ Die amerikanische Originalausgabe wurde 2006 unter dem Titel „*Psychotherapy for Borderline Personality*“ von American Psychiatric Publishing, Ind., Washington D.C. und London, UK herausgegeben.

³⁶ Die englischsprachige Erstausgabe erschien 2004 unter dem Titel „*Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment*“ bei Oxford University Press.

³⁷ „- neben einigen Ansätzen zu Angststörungen -“ (Dammann et al., 2000, S. 464)

³⁸ Frühere psychodynamische Therapiemanuale von Luborsky bzw. Strupp und Binder (beide im Jahr 1984), bezogen sich, so Dammann et al. (2000), ~~eher auf Kurztherapien und supportive Ansätze und~~ waren nicht störungsorientiert.

³⁹ „Als TFP-Therapeut muss man nicht Psychoanalytiker sein. Allerdings ist eine – meist Selbsterfahrung voraussetzende – fundierte Auseinandersetzung mit der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik notwendig. Ferner muss das schnelle, verständliche und ausreichend tiefgreifende Formulieren von Deutungen oftmals geübt werden“ (Dammann, et al., 2000, S.464).

konnte hervorgehen. Inzwischen arbeiten mehrere internationale Forschungsgruppen mit der TFP. Seit dem Jahr 2000 sind auch deutschsprachige Einführungen für dieses psychodynamische Verfahren verfügbar (Dammann et al., 2007).

Zwar wurde die TFP speziell für die Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt, doch ist sie nicht ausschließlich auf diese Störung anwendbar; allerdings liegt für deren Therapie mit der TFP die meiste Erfahrung vor.⁴⁰ Die Kernprinzipien und -techniken des manualisierten Verfahrens sind in modifizierter Form auch für die Behandlung anderer Persönlichkeitsstörungen geeignet, die nach Kernbergs Auffassung durch eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation im weiteren Sinne gekennzeichnet sind (Dammann et al., 2000).⁴¹ Die TFP ist dabei insbesondere auch auf die so genannten Cluster-B-Störungen nach DSM-IV anwendbar, deren gemeinsames Charakteristikum extravertierte – dramatische und emotionale – Muster sind. Dies bezieht sich neben der eigentlichen Borderline-Persönlichkeitsstörung vor allem auf die Histrionische und die Narzisstische Persönlichkeitsstörung (Dammann et al., 2007). *„Etwas weniger Erfahrungen liegen mit der Behandlung von (oftmals schwerer gestörten) Patienten des A-Clusters⁴² und jener Patienten des C-Clusters⁴³ vor, die im traditionellen Sinn eher neurotisch zu nennen sind“* (Dammann et al., 2000, S.464).

Da einer genauen Strukturdiagnostik im Rahmen der TFP insbesondere hinsichtlich der prognostischen Relevanz große Bedeutung zugesprochen wird, wurde eine Reihe von Fremdbeurteilungsinstrumenten, wie das „strukturelle Interview“ (Kernberg, 1977) und das „Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation“ (STIPO; Clarkin et al., 2003, zit. nach Dammann et al., 2007), ferner das Selbstbeurteilungsinstrument „Inventar der Persönlichkeitsorganisation“ (IPO; Clarkin et al., 1998) entwickelt (Dammann et al., 2007); diese finden Anwendung in einer ausführlichen Diagnosephase, die einer TFP-Behandlung vorangeht.

Ursprünglich wurde die TFP als Einzeltherapieverfahren für eine mindestens zwölfmonatige Langzeittherapie im ambulanten Setting, mit einer wöchentlichen Frequenz von zwei Stunden im sitzenden Setting konzipiert. Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) gehen jedoch davon aus, dass zentrale Prinzipien und Techniken der TFP, wie die diagnostische Anwendung des strukturellen Interviews, die Praxis regelmäßiger Supervisionen und die Fokussierung der internalisierten Objektbeziehungen, auch auf tagklinische und stationäre Settings (TFP-S), sowie Einzeltherapien, in denen die wöchentliche Frequenz von zwei Sitzungen nicht möglich ist, ohne Weiteres übertragen werden kann. Darüber hinaus können Gruppentherapien im Sinne der Strate-

⁴⁰ Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) erklären außerdem, dass die TFP für Borderline-Patienten mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz und mittelgradig bis schwerer Symptomatik indiziert sei.

⁴¹ Das Spektrum der Borderline-Persönlichkeitsorganisation erstreckt sich nach Kernberg von den Persönlichkeitsstörungen der Cluster A und B, bis zur Abhängigen Persönlichkeitsstörung des Clusters C. *„Darüber hinaus wurden von Kernberg auch Persönlichkeitsstörungen wie etwa die Depressiv-masochistische, Sadomasochistische und Hypochondrische Persönlichkeitsstörung als psychodynamisch bedeutsame Formen der BPO [Borderline-Persönlichkeitsorganisation] berücksichtigt“* (Buchheim, P. et al., 2006, S.224).

⁴² Cluster A nach DSM-IV: (sonderbar, exzentrisch) paranoide, schizoide, schizotypische Persönlichkeitsstörung

⁴³ Cluster C nach DSM-IV: (ängstlich, vermeidend) selbstunsichere, abhängige, zwanghafte Persönlichkeitsstörung

gien wie auch der taktischen und technischen Merkmale der TFP abgehalten werden. „Der zuverlässige und haltende Kontakt zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern und dem Gruppenleiter bildet den Rahmen, innerhalb dessen agierendes Verhalten und die Projektion abgespaltener Selbst- und Objektrepräsentanzen konsequent bearbeitet werden können“ (S.299), erklären Clarkin und seine beiden Kollegen (2008) diesbezüglich. Auch wurde das TFP-Manual inzwischen hinsichtlich der Zielgruppe weiterentwickelt, so dass es heute speziell für das forensische Setting (TFP-F) und die Arbeit mit Adoleszenten (TFP-A) Differenzierungen innerhalb des Verfahrens gibt (Dammann et al., 2007).

Die TFP ist in Form eines Manuals nach Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) aufgebaut, das in sehr strukturierter und ausführlicher Weise die therapeutischen Prinzipien darlegt, welche sich aus den taktischen Vorgehensweisen für die Sitzungen, den laufend anzuwendenden Interventionstechniken und den langfristigen Strategien zusammensetzen. Klar definierte, aufeinander aufbauende Behandlungsziele dienen als Leitfaden für die Durchführung der Therapie. Entlang dieser Zielsetzungen werden die verschiedenen Phasen der TFP differenziert: nach einer diagnostischen – phänomenologischen wie strukturellen – und einer Therapievereinbarungsphase⁴⁴ folgen die frühe, die mittlere und die fortgeschrittene Therapiephase, welche in die Beendigung der Behandlung mündet. Gerade der Anfangsphase der Behandlung, die laut Dammann et al. (2000) besondere Schwierigkeiten birgt, wie auch dem Umgang mit Krisen widmet sich das Manual sorgfältig. Die Notwendigkeit regelmäßiger Supervision mit audiovisuellen Aufzeichnungen der Sitzungen wird ebenfalls betont.

Durch das Handbuch der TFP werden die drei Anforderungen an ein Therapiemanual erfüllt, die Luborsky (1984) formuliert. Diese beziehen sich auf die möglichst vollständige Ausarbeitung der Behandlungsanleitungen, welche die spezifischen Techniken einschließen, ferner sowohl auf eine deutliche Darstellung der Therapieprinzipien als auch auf Handlungsanweisungen für den Therapeuten. Außerdem sollen dem Manual Beurteilungsskalen beigelegt sein, anhand derer die Manualtreue des Therapeuten evaluiert werden kann. Auch der Forderung nach Fallbeispielen wurde mit dem TFP-Manual Folge geleistet; anhand dieser Beispiele und Therapiesequenzen werden die Leitlinien und Therapieprinzipien anschaulich vermittelt und ein direkter Praxisbezug hergestellt.

Nach einem kurzen einleitenden Kapitel zur Borderline-Persönlichkeitsorganisation, widmet sich das „Manual zur psychodynamischen Therapie“, wie der Untertitel des Buches lautet, also äußerst strukturiert – auf „hohem Strukturniveau“ – anhand genau festgelegter Taktiken, Strategien und Techniken in großer Detailgenauigkeit und mit umfassenden Beispielen der Vermittlung der Borderline-Behandlung im

⁴⁴Für die gemeinsame Erstellung des Therapievertrages durch Therapeut und Patient nimmt sich die TFP verhältnismäßig viel Zeit (ca. 2 bis 4 Stunden). Der Vertrag klärt vorhersehbare Bedrohungen für die Therapie, den Unterschied zwischen einem echten Notfall und chronischer Suizidalität, die Verantwortungsbereiche von Therapeut und Patient, Regeln bezüglich Telefonanrufen, Ferienabwesenheiten, Medikation, etc., sowie die Forderung nach Einhaltung bestimmter therapeutischer Aspekte, wie die Grundregel bezüglich freier Assoziation und gleichschwebender Aufmerksamkeit. Die theoretische Annahme, die der Kontraktphase zugrunde liegt, besagt, dass Symptome, die in einem vertraglich geschützten Setting verstanden und integriert werden, schließlich auch vom Patienten aufgegeben werden können (Dammann et al., 2000).

Sinne der TFP. Zwar solle ein psychodynamisches Handbuch „*eher als prinzipienorientierte[s] Verfahren*“ (S.65) verstanden werden, wie Dammann et al. (2007) betonen, doch kann man den Eindruck gewinnen, dass das TFP-Manual die psychoanalytische Vorgehensweise in zielgerichteter Weise geradezu „technologisiert“; der „technisch neutrale“ Therapeut durchläuft mit dem Patienten in detailliert und vertraglich festgelegtem „Rahmen“ eine Reihe von Phasen, die – an „hierarchischen“ Behandlungszielen ausgerichtet – auf eine konkrete Veränderung der Persönlichkeitsorganisation abzielen. Auf diese Überlegungen soll später in einer kritischen Diskussion noch näher eingegangen werden (vgl. 3.1).

Das Verfahren der TFP orientiert sich vor allem an der objektpsychoanalytischen Theorie Otto Kernbergs. „*Dieser Ansatz entwickelte sich aus der Tradition der britischen Objektpsychologie (Fairbairn, Guntrip) und aus der (Trieb- und später) Ich-psychologischen Tradition der Behandlung schwerer Störungen, wie sie sich besonders in den 60er und 70er Jahren in den Vereinigten Staaten (etwa der Menninger Clinic) entwickelte*“ (S.462), fassen Dammann et al. (2000) zusammen. Auch einige Elemente der Psychoanalyse nach Melanie Klein sind in den theoretischen Konzepten der TFP wieder zu finden (ebd.).

Die TFP kann sich auf eine verfahrensspezifische Kohärenz berufen: sowohl die ihr immanenten Annahmen bezüglich der Störung sowie deren Ätiologie, als auch das Vorgehen in der Behandlung und die Einschätzung der möglichen Behandlungsziele werden innerhalb eines gemeinsamen konzeptuellen Rahmens verstanden.

2.3.2 Die Rolle von Übertragung und Gegenübertragung in der TFP

Den Ansatzpunkt des TFP-Verfahrens stellt die Annahme dar, dass sich die pathologischen Objektbeziehungsdyaden, welche die Struktur der inneren Welt des Borderline-Patienten festlegen (vgl. 2.3.3), auch in der Übertragungsbeziehung mit dem Therapeuten zeigen. Deshalb wird von der Wirksamkeit einer Fokussierung auf genau diesen Bereich ausgegangen (Yeomans & Diamond, 2011). Unter den kontrollierten Bedingungen der Therapie, die (aus-)agierendes Verhalten begrenzen, versucht der Therapeut daher, internalisierte Objektbeziehungen, welche gekennzeichnet sind durch Spaltung und Projektion, wiederzubeleben; „*ohne jedoch jenen Teufelskreis in Gang zu setzen, in dem die emotionale Dysregulation des Patienten die gefürchtete Reaktion seitens der Umwelt hervorruft*“ (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008, S.31). Bleibt die für den Patienten sonst so gewöhnliche Reaktion seiner Umgebung aus, ist ihm Raum gegeben, seine inneren Repräsentanzen auszuleben; der therapeutischen Arbeit ist ein Ansatzpunkt geboten: der Patient kann nun dabei unterstützt werden, seine Selbst- und Objektrepräsentanzen zu beobachten und zu reflektieren (Yeomans & Diamond, 2011).

Im Manual zur TFP nach Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) sind vier strategische Prinzipien zu finden, an der sich die Arbeit in der Übertragung orientieren

sollte, um Integration zu erreichen und dem Patienten nach und nach aufzuzeigen, wie er anhand seiner Abwehrmechanismen die Erfahrung von Ängsten zu vermeiden sucht:

Zunächst, so das erste strategische Prinzip der TFP, sollten die dominanten Objektbeziehungen des Patienten definiert werden. Dies geschieht wiederum in vier Schritten, die sich vom Erleben und Tolerieren der Verwirrung der inneren Welt des Patienten, dem Erkennen der dominanten Objektbeziehungen und Benennen der beteiligten Akteure, hin zur Beachtung der spezifischen Reaktionen des Patienten erstrecken. Um die signifikanten Objektbeziehungen zu veranschaulichen, versucht der Therapeut sich ein lebendiges Bild von den Rollen zu machen, die der Patient einnimmt und fasst diese metaphorisch als Rollenpaare in Worte.⁴⁵ Für die Benennung von Rollen sind auch oftmals Metaphern dienlich, die vom Patienten selbst stammen und sich häufig als besonders anschaulich, prägnant oder emotional bedeutungsvoll erweisen, um über die Komplexität von Objektbeziehungsdyaden zu sprechen.

Das zweite strategische Prinzip gibt vor, die Wechsel der Rollen, die ein Patient übernimmt und inszeniert, genau zu beachten, und dem Patienten eine diesbezügliche Deutung anzubieten, insbesondere hinsichtlich der Rollenwechsel, die beim Patienten unbewusst ablaufen.⁴⁶

Nach dem folgenden, dritten Prinzip gilt es laut Manual die Zusammenhänge zwischen den nicht statisch organisierten, sich gegenseitig abwehrenden Objektbeziehungsdyaden, die durch ihre Dynamik den inneren Konflikt und die Fragmentierung aufrechterhalten, zu erkennen und zu deuten. Da sich in der frühen Behandlungsphase die hasserfüllten Dyaden stärker ins Bewusstsein drängen, ist es hier Aufgabe des Therapeuten, sehr aufmerksam auf die seltenen Momente zu achten, in denen sich die innere Erfahrung des Patienten geliebt zu werden äußert, um ihm diese innere Möglichkeit des Liebens bewusst zu machen. Dem Patienten kann es so ermöglicht werden, die Intensität seines Hasses als verzweifelten Versuch zu verstehen, seine fragile, und dem Erleben des Patienten nach bedrohte Liebe Sehnsucht zu verbergen.

Nach dem vierten strategischen Prinzip der TFP ist schließlich das Durcharbeiten der Fähigkeiten des Patienten an der Reihe, eine Beziehung in der Übertragungssituation auf eine *andere* Weise – nämlich realistischer und ausgewogener – wahrzunehmen. Der Patient soll befähigt werden, im Lichte dieser Veränderung andere signifikante Beziehungen zu betrachten und die neue Fähigkeit zu komplexeren und differenzierteren Beziehungen beispielsweise auf Ehepartner oder Eltern zu übertragen. Dieser letzte Schritt geht auch mit einer Modulierung der extremen Affekte des Patienten einher.

Dieser Prozess der Integration abgespaltener Partialobjekt- und Partialselbstrepräsentanzen wird in der Therapie laufend wiederholt; der Therapeut muss die

⁴⁵ Beispiele von Rollenpaaren für Patient und Therapeut: destruktives, böses Kind – strafender, sadistischer Elternteil; missbrauchtes Opfer – sadistischer Angreifer / Verfolger; sexuell erregtes Kind – verführerischer / kastrierender Elternteil; liebeshungriges Kind – versagender Elternteil (nach Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008, S.39).

⁴⁶ So kann sich der Patient zum Beispiel in einer ohnmächtigen Opferrolle erleben, in der er vom omnipotenten Therapeuten beherrscht wird. Innerhalb kurzer Zeit kann dieses Erleben umschlagen: der Patient beginnt den Therapeuten anzugreifen, zu beschimpfen und ihn am Reden zu hindern, so dass sich nun dieser vom Patienten beherrscht und in die Opferrolle gedrängt fühlt. Dieses Oszillieren ist dem Patienten oftmals nicht bewusst, da er sich keineswegs darüber im Klaren ist, welche Rollen er einnimmt; sein Verhalten passt schließlich auch zu seiner inneren Vorstellungswelt (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008).

gegensätzlichen Selbstanteile in der Interaktion im Hier und Jetzt immer wieder identifizieren. *„Zunächst innerhalb von Monaten, dann in Wochen und schließlich innerhalb einer einzelnen Sitzung kann der Therapeut zwei gegensätzliche Paare von Selbst- und Objektrepräsentanzen zusammenführen [...]“* (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008, S.46). So kann der Patient dabei unterstützt werden, ein Verständnis für die abwehrende Spaltung dieser beiden Einheiten zu gewinnen. Was sich herausbildet, ist ein integriertes, kohärentes Selbstkonzept, wie auch ein integriertes Konzept signifikanter Anderer. Diese zunehmende Kohärenz und Integration wird innerhalb der TFP als wesentlichster Veränderungsmechanismus angesehen (ebd.). Yeomans und Diamond fassen in Worte, was die Integrationsarbeit für den Patienten bedeutet: *„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 Weise erlebt wurden, sehr wohl kontrolliert und in den Dienst positiver Ziele wie Ehrgeiz, konstruktives Rivalisieren und Kreativität gestellt werden können“* (S.547).

Die psychoanalytische Beobachtung der Neigung von Borderline-Patienten zu vorschnellen negativen, hypervigilanten oder offen paranoiden Übertragungen, findet eine Entsprechung in aktuellen neurobiologischen Forschungsergebnissen. So steht eine hypervigilante Amygdala offenbar mit einer Borderline-typischen Überreaktion auf relativ gutartige emotionale Gesichtsausdrücke in Verbindung. *„Dieses falsche Lesen einer neutralen Mimik hängt eindeutig mit den Übertragungsmisverständnissen in der Psychotherapie von Borderline-Patienten [...] zusammen“* (S.184), folgern Gabbard, Miller und Martinez (2009).

Von der Übertragung des Patienten werden auch die emotionalen Reaktionen des Therapeuten und damit dessen Gegenübertragung beeinflusst.⁴⁷ Bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, vor allem denjenigen mit niedrigem Organisationsniveau, wird die Gegenübertragung zu einem großen Teil durch die internalisierten Objektbeziehungen, wie auch durch die primitiven Abwehrmechanismen bestimmt, die ihren Ausdruck auf der Übertragungsebene finden (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008). Durch den vom abruptem Oszillieren geprägten Charakter der Übertragung bei Borderline-Patienten werden beim Behandelnden oftmals besonders extreme Gefühle der Gegenübertragung ausgelöst (Dammann et al., 2000).

Die Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten werden im Rahmen der TFP als eine der drei Kommunikationsweisen eingeordnet, die als „Kanäle“ bezeichnet werden und dem Therapeuten einen sowohl intellektuellen als auch einführenden Zugang zu seinem Patienten ermöglichen.⁴⁸ *„Besonders bei schwer gestörten (aber*

⁴⁷ Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) listen hier außerdem die Lebensumstände des Patienten, der Übertragungsdisposition des Therapeuten sowie dessen Lebensumstände als Faktoren auf, welche die Gegenübertragungsreaktion des Behandelnden beeinflussen.

⁴⁸ Kanal 1: v e r b a l e r Inhalt dessen, was der Patient sagt; Kanal 1: die n o n v e r b a l e n Mitteilungen des Patienten: *Wie spricht der Patient? Wie ist die Körpersprache des Patienten? Wie seine allgemeine Haltung gegenüber dem Therapeuten?*; Kanal 3: die G e g e n ü b e r t r a g u n g des Therapeuten (nach Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008, S.97).

noch ambulant behandelbaren) Borderline-Patienten ist häufig eine einseitige Berücksichtigung von Kanal 1 [verbale Kommunikation] nicht ausreichend, da zentrales Material abgespalten sein kann und deshalb nicht im bewusstseinsnäheren Kanal auftaucht" (Dammann et al., 2000, S.467). Der Therapeut ist daher zur wiederholten Frage an sich selbst aufgerufen: „Was löst der Patient in mir aus?“ (ebd.). Achtet der Therapeut nicht auf seine emotionalen Reaktionen in der Therapiesituation, läuft er Gefahr, den Widerstand des Patienten mitzuagieren.

Die Gegenübertragung wird in der TFP als bedeutendes diagnostisches Instrument und eigenständige Technik angesehen (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008), welche hilft, Anhaltspunkte für eine Orientierung innerhalb der chaotischen Erlebenswelt des Patienten zu finden und zu begreifen, was die relevante Information der häufig verwirrenden Äußerungen ist. Dem Therapeuten sei mit der genauen Beobachtung seiner Reaktionen in der Gegenübertragung außerdem, davon sind Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) überzeugt, der Schlüssel für das Verständnis der internalisierten Objektbeziehungen und Abwehrmechanismen in die Hand gelegt. So ist es die Wahrung eines festen – durch konsequentes Verhalten hergestellten – Behandlungsrahmens, die dem Therapeuten hilft, die Versuchung zur handelnden Gegenübertragungsreaktion im Kontext der jeweiligen Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellation zu analysieren. „Es ist absolut unerlässlich, dass der Therapeut das therapeutische Setting, die physische Integrität, sein Umfeld und die Privatsphäre außerhalb der therapeutischen Beziehung schützt“ (S.66), betonen Clarkin und seine Kollegen (2008) nachdrücklich.

2.3.3 Überlegungen zum Strukturbegriff in der TFP

Das theoretische Modell der TFP geht von einem psychoanalytischen Konzept der strukturellen Organisation der Persönlichkeit aus, das auf Kernberg (1988) zurückgeht (vgl. 1.1). Dieser nähert sich dem Begriff der psychischen Struktur zunächst aus Sicht der Freud'schen Instanzenlehre, die er mit Hartmanns Vorstellung einer psychischen Instanz, die aus „Strukturen“ besteht, zusammenzieht. Dafür sieht er Es, Ich und Über-Ich als die durch ihre jeweilige Funktion definierten drei Makrostrukturen des psychischen Apparats an, von denen sich wiederum Substrukturen mit ihren spezifischen Funktionen differenzieren lassen. An seine Theorie der Objektbeziehungen angepasst, spricht Kernberg schließlich von Strukturabkömmlingen verinnerlichter Objektbeziehungen.

Yeomans und Diamond (2011) machen die Bedeutung dieser theoretischen Annahme für den Borderline-Patienten deutlich, dessen innere Welt durch Objektbeziehungsdyaden strukturiert ist: sie legen dar, dass es in Entsprechung mit einer Opfer-Täter-Dyade zu einer Kristallisation eigentlich normaler und gesunder aggressiver und auf Selbstbehauptung ausgerichteter Impulse um die starke innere Repräsentanz eines realen oder fantasierten Verfolgers käme. Dadurch würde eine innere Struktur geschaffen, in der das Wachrufen negativer Affekte wie Wut, Neid oder Verzweiflung, ein extremes und als „giftig“ erlebtes Bild entstehen lasse. Dies führe

wiederum dazu, dass die Affekte in Ausagieren und Projektion entladen würden. Daher steht die Veränderung eben dieser strukturellen Organisation im Fokus der TFP (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008).

Zur Einschätzung der strukturellen Organisation des innerpsychischen Funktionierens nach Kernberg und seinem „strukturellen Interview“ (1985), gilt es neben der Identitätsstabilität, die in Abhängigkeit zur Qualität der Objektbeziehungen steht, überdies die Aspekte der Abwehrmechanismen und der Realitätseinschätzung zu beachten. Auch Aspekte wie Aggression und Sexualität, deren Ausprägung gerade bei der Borderline-Pathologie eine aussagekräftige Rolle einnehmen, werden hier in die strukturelle Einschätzung miteinbezogen (Dammann et al., 2000).

2.3.4 Die Rolle der Mentalisierung in der TFP

„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 entspringen, zu verstehen und zu halten“ (S.546 – 547), erläutern Yeomans und Diamond (2011). Weiter führen sie aus, dass der für die Borderline-Pathologie charakteristische Abwehrmechanismus der Spaltung und die damit einhergehenden Mentalisierungsdefizite als ursächlich für das diskontinuierliche Erleben des Patienten betrachtet werden könnten. Sowohl dies als auch Defizite in der Fähigkeit, ein inneres Narrativ zu entwickeln, das die momentanen Erfahrungen angemessen kontextualisieren könnte, liefere den Patienten jenen charakteristischen massiven Schwankungen vom einen in das andere Extrem aus.

Vor allem in stressreichen zwischenmenschlichen Situationen läuft die Affektwahrnehmung beim Borderline-Patienten unsymbolisiert ab; die Intensität des Erlebens kann nicht durch ein stabiles Identitätsempfinden geerdet oder moduliert werden. Die Folge zeigt sich in extremen, teilweise zerstörerischen, emotionalen Reaktionen; als existiere in der betreffenden Beziehung nur die eine momentan erlebte Emotion. Die negativen Auswirkungen auf zwischenmenschliche Kontakte und auch die Beziehung in der Therapie ist leicht nachzuvollziehen. Diese Annahmen und deren Konsequenzen korrespondieren mit den jüngsten Ergebnissen neurokognitiver Untersuchungen bezüglich Borderline-typischer Hypervigilanz, die bereits oben beschrieben wurden (vgl. 1.5).

Die im vorhergehenden Paragraphen beschriebene Arbeit in der Übertragung, welche eine systematische Aktivierung und Bearbeitung der von Dissoziation und projektiver Identifizierung gekennzeichneten Objektbeziehungsdyaden beinhaltet, stärkt laut Yeomans und Diamond (2011) beim Patienten die Fähigkeit, sein Affekterleben kognitiv zu repräsentieren und zu „containen“. Dies bedeutet wiederum eine Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit, *„also das Übertragungsgeschehen zu reflektieren und zu symbolisieren“* (ebd., S.544). Der Zuwachs an reflexiven Fähigkei-

ten und damit der Fähigkeit zu mentalisieren, stellt somit innerhalb der TFP einen wesentlichen Veränderungsmechanismus dar (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008).

Die Bedeutung der Mentalisierung innerhalb des Modells der TFP kann jedoch auch eingeschränkt werden. So sind Yeomans und Diamond (2011) überzeugt, dass es nur dann zu einer Verbesserung der Borderline-Pathologie kommen könne, wenn dem Patienten die Möglichkeit geboten würde, über die Mentalisierung des aktuellen Augenblicks hinauszugehen. Dafür befinden die Autoren den Deutungsprozess als außerordentlich wichtig und sprechen ihm deshalb eine zentrale Rolle in ihrem psychodynamischen Ansatz zu.

2.3.5 Das Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der TFP

Eine objektbeziehungsorientierte Sichtweise, wie sie der TFP zugrunde liegt, unterstreicht, wie die Wahrnehmung von Borderline-Patienten durch innere Selbst- und Objektrepräsentanzen sowie die heftigen Affekte, die beide verbindet, beeinflusst wird (Yeomans & Diamond, 2011).

Die rasch oszillierende Veränderung dieser Objektbeziehungsdyaden, die meist unbewusst vonstatten geht, vom Patienten folglich zunächst häufig nicht wahrgenommen wird, bedeutet eine große Herausforderung für die Therapie (Dammann et al., 2007). Yeomans und Diamond (2011) betonen, dass es die gesamte negative Objektbeziehungsdyade sei, die im Patienten existiere, auch wenn er selbst sich als Opfer eines aggressiven Gegenübers erlebe. *„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.547), merken die Beiden an.

Da eine hyperaktivierte Amygdala für überhöhte Wachsamkeit sorgt und bei Borderline-Patienten in Verbindung mit negativer Attribuierung steht, kommt es in der therapeutischen Situation oftmals zu projektiver Identifizierung: verzerrte Wahrnehmungen der inneren Welt des Selbst und der Objekte können schon für sich genommen eine übermäßige Aktivierung der Amygdala auslösen, wozu es in der Therapiesituation beispielsweise durch eine verärgerte Reaktion des Therapeuten kommen kann (Gabbard, Miller & Martinez, 2009). Folglich seien, so Yeomans und Diamond (2011), Interventionen, deren Ziel die Bearbeitung affektiv besetzter Wahrnehmungen insbesondere im interpersonellen Bereich liege, von zentraler Wichtigkeit, um Veränderungen auf der symptomatischen Ebene erreichen zu können. Auch könne man mithilfe dieser Zielsetzung ein verbessertes Selbsterleben des Patienten sowie eine Verbesserung seiner Arbeitsfähigkeit und kreativen Möglichkeiten erreichen.

2.3.6 Patient-Therapeut-Beziehung und therapeutische Haltung in der TFP

Die TFP setzt beim Therapeuten eine partnerschaftliche Haltung voraus, die dem Patienten den Eindruck großer Transparenz vermittelt. Dies bezieht sich auch darauf, dass der Therapeut dem Patienten genaue Informationen über den Sinn des

Therapievertrags und seine Arbeitsweise zur Verfügung stellt, sowie eine „realistische, aber nicht pessimistische“ (S.465) Information über das beim Patienten vorliegende Störungsbild (Dammann et al., 2000).

Die Herstellung einer „guten Beziehung“ zum Patienten wird innerhalb der TFP-Behandlung jedoch nicht als primäres Ziel gesehen, sondern vielmehr als Folge der Therapie.⁴⁹ Clarkin et al. (2008) gehen davon aus, dass die „gute Beziehung“ in der TFP ein Ergebnis der systematischen Auflösung der negativen Übertragungsaspekte sei: *„Im Gegensatz zu der Annahme, dass eine warme und wohltuende menschliche Beziehung das Wachstum des Patienten ermöglicht, gehen wir davon aus, dass es die Analyse der Übertragung ist, die den Patienten eine neue Beziehung als etwas Wertvolles erkennen lässt, das er für sein persönliches Wachstum nutzen kann“* (S.33-34).

Die Patient-Therapeut-Beziehung ist in der TFP außerdem geprägt von der Wahrung therapeutischer Neutralität, die in diesem Verfahren vom Therapeuten gefordert wird. Hierbei sei *„das Verhalten des Therapeuten natürlich von Takt und Höflichkeit geleitet [...] und nicht von jener kühlen Neutralität, wie sie uns in den Karikaturen psychoanalytischer Therapeuten begegnet“* (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008, S.31). Gleicht der Therapeut seinen Affekt dem des Patienten an oder reagiert er im Falle von fehlenden Affekten des Patienten mit komplementierendem Affekt, bedeutet dies keine Verletzung der technischen Neutralität (ebd.). Es geht auf die allgemeine Position des Therapeuten zurück, mit den gesunden Anteilen des Patienten ein Bündnis einzugehen, da diese Anteile meist durchaus gewillt sind, mit den abgespaltenen Affekten zurecht zu kommen und diese zu integrieren. Außerdem müsse, so erklären Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) ebenfalls, in hartnäckigen Fällen, primitiver Konfliktverleugnung mit stärkerem affektivem Nachdruck begegnet werden.

Supportive Techniken wie Ermutigen, Ratschläge geben, aktives Verständnis zeigen für eine Schwierigkeit oder auch „liebvolles Schimpfen“, werden im TFP-Verfahren nicht angewendet. Hat der Therapeut den bewussten Impuls, supportiv zu verfahren, ist es seine Aufgabe, diesen als Gegenübertragungsreaktion verstandenen Wunsch einzuordnen. Tritt der Impuls unbewusst auf, bedarf es der Supervision (Dammann et al., 2000). Ein Abweichen von der technischen Neutralität kann in speziellen Fällen trotz der diesbezüglich entgegenstehenden Forderung vonnöten sein und supportive Züge annehmen. Dies gilt, wenn beim Patienten auf der Verhaltens-ebene schwerwiegende Probleme auftreten, die in der therapeutischen Situation – nach Auffassung der TFP – nicht einfach hingenommen werden können. *„Ein Beispiel: Eine Patientin steht kurz vor dem Abschluss einer Ausbildung, droht jedoch die Schlussprüfung durch ständiges Versäumen von wichtigen Terminen zu gefährden“* (Dammann et al., 2007, S.75). In einem solchen Fall kann es nach Ansicht der TFP förderlich sein, für die Patientin zeitweise Ich-Funktionen zu übernehmen und mit ihr zu besprechen, wie sie sich konkret verhalten könnte, um die Prüfung doch noch zu bestehen. Dammann et al. (2007) weisen jedoch darauf hin, dass es sehr wichtig sei,

⁴⁹ In diesem Punkt liegt eine Übereinstimmung vor mit der von Deserno (2006) geäußerten Einstellung dem Konzept des Arbeitsbündnisses gegenüber (vgl. 2.1).

nach einer Stabilisierung in dem betreffenden Bereich, gemeinsam die Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik in Augenschein zu nehmen und zu bearbeiten.

2.3.7 Technische Merkmale der TFP

Das Verfahren der TFP weist die Forderung nach der Einhaltung einer Grundregel auf, die sich an die Regel der oben beschriebenen psychoanalytischen Standardtechnik anlehnt. Um mit den bereits erwähnten drei Zugangskanälen *„richtig ‚aufnehmen‘ zu können, bedarf es einer offenen, vorurteilsfreien und akzeptierenden Haltung, die der klassischen ‚freischwebenden Aufmerksamkeit‘ nahe kommt“* (S.467), erläutern Dammann et al. (2000). Diesbezügliche Vereinbarungen im Therapievertrag sollen es dem Therapeuten leichter machen, sich nicht durch den Patienten unter Druck gesetzt zu fühlen, um die Aufmerksamkeit „frei schweben“ lassen zu können. Auch der Patient ist dazu angehalten, sich an die Grundregel zu halten und alles offen mitzuteilen, was ihn während der Stunde beschäftigt. Doch schränken Dammann et al. (2000) die Überzeugung von der Fähigkeit von Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zum „freien Assoziieren“ teilweise ein, da die *„extreme ‚Offenheit‘ mancher Borderline-Patienten beim Assoziieren [...] paradoxerweise zum Teil auch Widerstandscharakter haben [kann] und auf die mangelnde Fähigkeit zur vertrauensvollen Intimität hinweisen [kann]“* (S.467). Somit wäre nur von einer vermeintlichen „freien Assoziation“ zu sprechen.⁵⁰

Neben dieser Anlehnung an die psychoanalytische Grundregel legt die TFP fünf „Basistechniken“ fest, die von Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) ausführlich beschrieben werden. Sie umfassen unter anderem den Umgang mit technischer Neutralität, die Integration von Gegenübertragungsmaterial in die interpretativen Prozesse sowie die Übertragungsanalyse. Da diese Aspekte bereits im Laufe dieser Arbeit näher betrachtet wurden, bedürfen sie an dieser Stelle wohl keiner erneuten Ausführung.

Ein weiteres Element der „Basistechniken“ der TFP stellt die Sicherung des Therapierahmens dar. Dieser Forderung kann im Allgemeinen Folge geleistet werden, indem der Therapeut sorgfältig auf die Einhaltung der Vereinbarungen achtet, die im Therapievertrag festgelegt wurden (vgl. 2.3.1). Ein Ziel ist es dabei, agierendes Verhalten des Patienten während der Sitzungen mithilfe erklärender Deutungen zu vermeiden. Die dahinter stehende Idee geht davon aus, dass ein Patient, der die Beweggründe für seine Verhaltensweisen versteht, angemessenere Formen der Mitteilung finden könne (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008). Falls dies jedoch keinen Erfolg zeigt, ist der Behandelnde dazu angehalten, deutliche Grenzen zu setzen, um einer Gefährdung der Therapie Einhalt zu gebieten. Ein weiteres Ziel, das durch die Wahrung des therapeutischen Rahmens erreicht werden soll, ist es, sekundären Krankheitsgewinn so weit wie möglich zu reduzieren. Erhöhen äußere Vorteile den „Wert“ des Krankheitssymptoms, ist die Therapie davon bedroht, dass der Patient eine

⁵⁰ Diese vermeintliche „freie Assoziation“ beschränkt sich durchaus nicht auf Borderline-Patienten, sondern kann als ein übliches Phänomen des Widerstandes in der psychoanalytischen Behandlung angesehen werden (vgl. 2.1).

Besserung des Symptoms und damit den Verlust des sekundären Krankheitsgewinns vermeiden will. Auch kann die Therapie selbst zum „Mehrwert“ der Krankheit avancieren. Um diesem Umstand keinen Vorschub zu leisten, gilt es, klare Festlegungen in den Therapievertrag aufzunehmen; diese sollten klären, dass der Therapeut sich bei agierendem Verhalten dem Patienten nicht vermehrt zuwenden wird und überdies seine Bereitschaft zur Therapie bemerkenswerterweise nur dann erklärt, wenn der Patient außerhalb der Therapie „irgendeiner sinnvollen Beschäftigung“ (S.69) nachgeht.

Die zentralen Elemente der Behandlungstechnik der TFP sind die interpretativen Prozesse, welche die Techniken der Klärung, Konfrontation und Deutung beinhalten. Als erster Teil des interpretativen Prozesses gelten die Behandlungstechniken des Klärens und Konfrontierens, die der eigentlichen Deutung als Vorbereitung dienlich sind (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008) und stark an kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken erinnern (Lang & van der Molen, 2004).

Als Klärung wird das Angebot des Therapeuten an den Patienten bezeichnet, jede Information, die im Rahmen der Therapiesitzungen formuliert wird und unklar, vage, verwirrend oder widersprüchlich ist, genau zu untersuchen und zu erklären. Die Klärung hat sowohl die Funktion der Erläuterung einer spezifischen Mitteilung als auch die des Erkennens, inwiefern der Patient die gegebene Information begreifen kann. Ebenso wie die Klärung wird in den frühen Therapiephasen die Konfrontation häufiger angewandt als die Deutung selbst. Die konfrontierende Behandlungstechnik zielt darauf ab, dem Patienten widersprüchliche Anteile in seinen Äußerungen bewusst zu machen. Diese Technik nimmt beobachtete Fakten in den Fokus, die vom Behandelnden als dynamisch und therapeutisch relevant eingeschätzt werden. So kann sie sich inhaltlich beispielsweise auf die Übertragung, die äußere Realität und Vergangenheit des Patienten sowie dessen aktuelle Abwehrformationen beziehen. Sie sollte mit Höflichkeit und Taktgefühl erfolgen (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008).

Jene Informationen, die mithilfe der Klärung und Konfrontation gewonnen werden, finden schließlich Verwendung in der Deutung, insbesondere die der aktuellen Übertragungsinteraktion (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008). Vom Therapeuten wird für die erfolgreiche Deutung eine Kompetenz erwartet, die sich durch Klarheit, Schnelligkeit, Erkennen der relevanten Aspekte und das Erzielen angemessener Tiefe der Deutung auszeichnet. Es gibt drei Ebenen, auf denen die Deutung erfolgen kann: die erste Möglichkeit ist die Deutung der auftretenden Abwehrmechanismen und des agierenden Verhaltens; zweitens können die aktuell aktivierten Objektbeziehungen den Ansatzpunkt der Deutung darstellen; das Deuten der von der aktuell aktivierten Objektbeziehung abgewehrten Objektbeziehung ist schließlich die dritte Deutungsebene. Ein früher Einsatz von metaphorischen Deutungen soll dem Patienten die Möglichkeit eröffnen, erste Hürden der Integration seiner Affekte und Handlungen zu nehmen.

„Kernbergs Modell folgend, [...] ist der Analytiker als Gegenüber [...] eine Art – etwas salopp ausgedrückt – von intelligentem, beharrlichem Exeget der Übertragungsäußerungen des Patienten, durch den dieser sich in langen Klärungen, Aufzeigen von

Widersprüchen und Verbindungen, Konfrontationen und Deutungen schließlich in Richtung höherer, integrierterer Strukturniveaus verändert" (S.63-64), fassen Dammann et al. (2007) zusammen.

2.3.8 Therapieziele der TFP

Einige Therapieziele der TFP für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gehen bereits aus den bisher beschriebenen Merkmalen des Verfahrens hervor. Diese und weitere Ziele der Behandlung sollen hier gesammelt vorgestellt werden.

Als übergeordnete Therapieziele formulieren Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) Symptomreduzierung, Identitätsintegration und die „*Reintegration in Liebe, Arbeit und Freizeit*“ (S.26). Mit einer Verbesserung auf symptomatischer und Verhaltensebene geht außerdem, anhand der Reduzierung von nötigen Kriseninterventionen, Notaufnahmen und stationären Behandlungen, eine beträchtliche Kostensenkung einher (ebd.). Dafür zielt die TFP im Sinne des inneren Erlebens eines Patienten nicht so sehr auf Einsichtsförderung „*(wie häufig im Zusammenhang mit psychodynamischen Therapien angenommen)*“ (ebd., S.291), sondern vielmehr auf die Akzeptanz und Integration abgespaltener Selbst- und Fremdkonzepte sowie deren differenzierende Entwicklung. Diese integrierende Internalisierung sei nach Dammann et al. (2007) durch die Deutung von Übertragung und Widerstand möglich; eine Überführung rigider und primitiver internalisierter Objektbeziehungen, wie auch abgespaltener Anteile, in eine ebenso reifere wie flexiblere Form, kann vonstatten gehen.

Dem theoretischen Modell der TFP entsprechend, wird davon ausgegangen, dass mit einer Besserung im Bereich der Integration abgespaltener Partialobjektbeziehungen auch eine Reduzierung und schließliche Lösung der Probleme auf Verhaltensebene einhergehen (Dammann et al., 2000). Dies beruht auf der Ansicht, dass Verhaltensauffälligkeiten Folgephänomene der tiefer liegenden Problematik darstellen, die mithilfe des Therapie-Settings und des –Vertrags handhabbar werden. Entsprechend ist auch die Eindämmung selbstverletzenden Verhaltens kein explizites Therapieziel des TFP-Verfahrens.⁵¹

Erklärtes Ziel des TFP-Verfahrens ist folglich eine strukturelle Veränderung der Persönlichkeitsorganisation im Sinne einer „Überführung“ auf ein höheres strukturelles Niveau (Dammann et al., 2000). Yeomans und Diamond (2011) führen aus, dass es mit einer erfolgreichen Behandlung also möglich sei, die Borderline-typischen extremen Affekte im Sinne von Dyaden zu verstehen, die sich in ihre gegensätzlichen Selbst-Objekt-Affektkonstellationen integrieren ließen, was eine Modulierung insbesondere aggressiver Affekte – unter anderem durch Sublimierung – nach sich ziehe und kognitive Funktionen wie eine beginnende reflexive Funktion stärke. Damit ist die Verbindung zur Mentalisierungsfähigkeit als indirektes Therapieziel hergestellt.

⁵¹ Dammann et al. (2007) geben zu bedenken, dass diese Handlungsweisen unterschiedliche Funktionen haben könnten; auch solche mit autoprotektivem Charakter. Ebenso kann selbstverletzendes Verhalten als Form des Agierens angesehen werden und überdies objektpsychologisch verstanden werden, wenn der Körper beispielsweise massiver Zerstörung ausgesetzt wird, zugleich jedoch zu hypochondrischer Sorge veranlasst.

2.3.9 Forschungsergebnisse der TFP

Die Psychotherapieforschung liefert zunehmend Belege dafür, dass die TFP in mehreren Bereichen zu wesentlichen Verbesserungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung führen kann. So berichten Clarkin, Yeomans und Kernberg (2008) von ihren Befunden, die eine substanzielle Veränderungen auf die Symptome Depression und Angst, sowie auf Verhaltensebene hinsichtlich Suizidversuchen und selbstverletzendem Verhalten aufweisen. In einer einjährigen Studie, die 2001 im Rahmen der TFP-Entwicklung von Clarkin und zahlreichen Kollegen bei Borderline-Patienten in ambulanter Behandlung durchgeführt wurde, konnte ein signifikanter Rückgang von Symptomen und Suizidversuchen nachgewiesen werden (Clarkin et al., 2001). *„Obwohl die Häufigkeit selbstverletzender [...] Verhaltensweisen sich nicht-signifikant reduzierte, gab es einen signifikanten Rückgang hinsichtlich des damit verbundenen medizinischen Risikos, sowie eine allgemeine Verbesserung der körperlichen Verfassung nach derartigen Krisen“* (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008, S.292). Die Abbruchrate lag mit 19% vergleichsweise niedrig⁵² und es zu keinem vollendeten Suizid kam. Überdies ging die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und Einrichtungen bei der untersuchten Patientengruppe deutlich zurück (Clarkin et al., 2001).

Die Ergebnisse einer weiteren Studie, die 2007 von Clarkin, Kenneth, Mark und Kernberg binnen eines Jahres durchgeführt wurde, sind im Bereich der Symptomatik (Angst und Depression) sowie der Suizidalität vergleichbar mit den bisher genannten Forschungsergebnissen. Sie ergänzen diese jedoch noch um Verbesserungen bei den Symptomen Impulsivität und Aggression, sowie im globalen Funktionsniveau (GAF-score⁵³) und der sozialen Anpassung. Yeomans und Diamond (2011) berichten des Weiteren von ihren Forschungsbefunden, die unter anderem die Verbesserungen des Bindungsstatus⁵⁴ und der Mentalisierungsfähigkeit⁵⁵ nach einem Jahr TFP-Therapie nachweisen. Gleichmaßen konnten Levy et al. (2006) in ihrer einjährigen Studie, welche die TFP mit zwei anderen Therapieverfahren⁵⁶ verglich, diese signifikante Verbesserung der narrativen Kohärenz und der reflexiven Funktion feststellen. Als weiterer möglicher Veränderungsmechanismus wurde bei den Patienten der Bindungsstatus anhand des AAI⁵⁷ untersucht. Die Studie kam zu dem bemerkenswerten Ergebnis, dass die TFP – nicht aber die beiden anderen Verfahren – nach einer zwölfmonatigen Behandlung eine signifikante Vergrößerung der Anzahl der Patienten, die als sicher gebunden klassifiziert werden können, nach sich zog (Levy et al., 2006)⁵⁸, was dem Status der „earned security“ entspräche (Leuzinger-Bohleber, 2009).

⁵² Dammann (2007) spricht von Abbruchraten bei Borderline-Therapien, die bei bis zu 60% liegen.

⁵³ Global Assessment of Functioning

⁵⁴ operationalisiert über „narrative coherence“: die narrative Kohärenz des sprachlichen Diskurses über Bindungserfahrungen

⁵⁵ operationalisiert über RF, „reflective function“: die reflexive Funktion als einer der Indikatoren für Mentalisierungsfähigkeit

⁵⁶ Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) nach Linehan und eine psychodynamische modifizierte supportive Psychotherapie (SPT) nach Appelbaum

⁵⁷ Adult Attachment Interview

⁵⁸ Levy et al. (2006) geben hier zu bedenken, dass die Klassifizierung des Bindungsstatus als „sicher“ mit einer Veränderung in der Interaktion mit Bindungspersonen nach erfolgter Therapie einhergehen müsste; dies wurde jedoch im Rahmen der Studie nicht verfolgt. Die Autoren gehen dennoch davon aus, dass eine Verbesserung

Levy et al. (2006) gehen davon, dass Verbesserungen im Bereich der narrativen Kohärenz sowie der reflexiven Fähigkeiten, und damit des Bindungsstatus sowie der Mentalisierungsfähigkeit, sehr nahe an eine Veränderung der internalisierten Struktur der Selbst- und Objektrepräsentanzen herankomme und die Patienten nach einer erfolgreichen TFP-Therapie besser gegen Stress – sowohl von innen als auch außen – gewappnet, der (sozialen) Welt begegnen könnten.

2.4 Die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)

2.4.1 Entwicklung, Anwendungsbereiche, Manualaufbau und Theoretischer Hintergrund der MBT

Im Jahr 2004 wird ein weiterer psychoanalytisch orientierter, manualisierter Behandlungsansatz für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgestellt: die MBT. Diese wurde durch die Londoner Arbeitsgruppe um Bateman und Fonagy als Konzept entwickelt, welches *„in jeder Hinsicht eine integrierende Stellung zwischen den psychodynamischen Kurz- und Langzeittherapien, aber auch zwischen den niederfrequenten analytischen Psychotherapien und Langzeit-Psychoanalysen einnimmt“* (Schultz-Venrath, 2008, S.198). Trotz der niederen Frequenz der Sitzungen ist die MBT keine Kurztherapie, ebenso wenig eine Psychoanalyse; sie versteht sich vielmehr als eine Psychotherapie-Technik, die ihre jeweilige Anwendung auch in einer höherfrequenten psychoanalytischen Behandlung oder aber einer fokalen Kurztherapie finden kann (ebd.).

Das Manual sei in einem, der Entwicklung einer Therapie für Störungen der Persönlichkeit zuträglichen Klima entstanden, berichten Bateman und Fonagy (2008a), als Leitfaden für *Langzeitbehandlungen* sei es jedoch eines unter wenigen. Die MBT gehört seit mehreren Jahren zum konzeptuellen Rahmen der Menninger-Klinik (USA) und ist zentraler Teil der Forschung (Brockmann & Kirsch, 2010). Im Jahr 2008 erscheint die Erstveröffentlichung des Manuals in deutscher Sprache.⁵⁹

Die MBT ist speziell konzipiert als ein Behandlungsverfahren für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, jedoch wächst das Interesse an der MBT auch in Bezug auf andere Krankheiten (Bateman & Fonagy, 2011). Doch gilt es sich hier, ob der guten Erfolge in der Borderline-Therapie, nicht von einer vorschnellen Euphorie verleiten zu lassen. So geben Bateman und Fonagy einschränkend zu bedenken, dass Mentalisierungsprobleme, die auch bei Störungen wie Schizophrenie und Autismus festgestellt werden, nicht pauschal für einen erfolgreichen Einsatz der MBT sprächen. Relevant sei im Hinblick auf diese Frage nicht, ob eine psychische Störung auch mit

der narrativen Kohärenz zu einer besseren Integration von Erfahrungen, erhöhter gedanklicher Flexibilität und verbesserter Selbstregulation führt und die Patienten damit eine Ausgangslage haben, von der aus sicheres Bindungsverhalten möglich sei.

⁵⁹ Aufgrund des großen Interesses an MBT-Kursen bei Kongressen des „Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin“ (DKPM) entstand zudem ein, von Bolm (2010) in kompakter Form verfasster, deutschsprachiger MBT-Praxisleitfaden.

den Begriffen der Mentalisierungsfähigkeit beschrieben werden könne, sondern ob die Defizite im Bereich der Mentalisierung im Kern der Störung lägen bzw. einen geeigneten Ansatzpunkt für therapeutische Interventionen böten (ebd.).

Bateman und Fonagy (2009) empfehlen für die Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen ein Ein-Team-Modell, da ein Team Spaltungen zulässt, diese zugleich auch containen kann und das Risiko gefährlicher Inszenierungen minimiert wird. Die Teammitglieder müssen miteinander kooperieren und die unterschiedlichen Komponenten der Behandlung kohärent verbinden. Das Programm der MBT wurde im Hinblick auf diese Erfordernisse entwickelt. Bateman und Fonagy (2011) sprechen sich überdies für eine Ergänzung von Einzeltherapiesitzungen durch Gruppenstunden aus, da dies die Anzahl der Kontexte erhöhe, in denen der Prozess der Mentalisierung geübt werden könne. Sowohl im stationären, als auch im ambulanten Setting sollte diese Kombination von Einzel- und Gruppentherapiesitzungen angestrebt werden. Das Manual stellt entsprechend eine Implementierung des MBT-Konzepts in einem 18-monatigen teilstationären Setting in niederfrequenter Einzel- und Gruppentherapie, wie auch Information-, Ausdrucks- und Gestaltungsgruppen vor. Daneben wird regelmäßige Supervision als unerlässlich betrachtet (Bateman & Fonagy, 2008a).

Dass Bateman und Fonagys Buch von 2008 ein „Handbuch“ für die Borderline-Therapie ist, verrät der Titel nicht wörtlich⁶⁰, doch der Aufbau des Buches zeigt die Bestrebung, dem Praktiker umfassende Informationen und strategische Empfehlungen an die Hand zu geben. Der letzte dreier Teile und damit die Hälfte des Buches, umfasst die Organisation des Behandlungsprogramms, die verschiedenen – auch auf andere Verfahren übertragbare – Therapiekomponenten, Strategien und Techniken sowie einen möglichen Implementierungsweg. Durch klinische Beispiele ergänzt sind detailliert angebotene Strategien gut auf die Praxis übertragbar – und das kann angesichts einer enormen Fülle theoretischer Ausführungen durchaus sehr hilfreich sein. Außerdem findet sich im Anhang des Buches neben Ausbildungsmaterial und Fragebögen, ein Instrument zur Messung der MBT-Adhärenz und Kompetenz. Die von Luborsky 1984 an ein Therapiemanual gestellten Forderungen (vgl. 2.3.1) werden durch das MBT-Handbuch von Bateman und Fonagy (2008a) folglich erfüllt.

Das Manual integriert in seinen drei Teilen – sehr ausführlich und manchmal etwas unzugänglich – sämtliche Aspekte der Versorgung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Gerade der „Struktur“ der Behandlung, welche eine sichere Basis für die therapeutische Arbeit bieten soll, widmet sich das Manual ausführlich. Diese Detailgenauigkeit trägt wohl der Annahme Rechnung, dass eine transparente und mit dem Patienten genau besprochene Behandlungsstruktur, welche die Aufrechterhaltung der Mentalisierungsfähigkeit ermöglicht, als von vergleichbarer Wichtigkeit

⁶⁰ Der Titel von Batemans und Fonagys (2008a) Buch lautet „Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsbasiertes Behandlungskonzept“. Interessanterweise nennen Allen und Fonagy als Herausgeber ihr Buch von 2009 im Untertitel „Das MBT-Handbuch“, wobei es neben einem verhältnismäßig kurzen, von Bateman und Fonagy verfassten Text von circa 20 Seiten, der sich auf die Mentalisierung, die Borderline-Persönlichkeitsstörung und – auf einer verschwindenden Anzahl von Seiten – auf MBT-Techniken bezieht, zahlreiche Kapitel von verschiedensten Autoren zu Aspekten der Mentalisierung sowie unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen beherbergt.

für den Therapieerfolg gilt, wie die therapeutischen Interventionen selbst (Bateman & Fonagy, 2008a).

Die MBT setzt die Forderung um, dass sich eine Therapie an dem Verständnis derjenigen Prozesse ausrichten sollte, die von Beginn an auf das klinische Problem einwirkten. Auf der Grundlage einer Entwicklungstheorie, der sich Fonagy seit etlichen Jahren widmet, und welcher sowohl systematische Säuglings-Beobachtungsstudien, als auch die Bindungswissenschaft zugrunde liegt, wurde ein „theoretisches Modell zur Kernpathologie“ der Borderline-Persönlichkeitsstörung entworfen.⁶¹ Diese für das Störungsbild zentrale Pathologie verorteten Fonagy und seine Kollegen in den Defiziten der Mentalisierungsfähigkeit (Bateman & Fonagy, 2009), welche als entscheidende Funktion der Affektregulation und Entwicklung des Selbst angesehen wird (Schultz-Venrath, 2008). Die Therapieform versteht sich in diesem Sinne auch weniger als Gruppe spezifischer, miteinander verbundener Techniken, sondern eher als mentalisierender „Prozess, der in der Therapie in Gang gesetzt wird“ (Bateman & Fonagy, 2011, S.571).⁶²

Das MBT-Verfahren erfüllt das Kriterium einer verfahrensspezifischen Kohärenz, da sich die Auffassung der Kernpathologie der Störung sowie das therapeutische Vorgehen und die Definition der Behandlungsziele nach einem gemeinsamen theoretischen Konzept richten, welches zudem in Übereinstimmung mit den Annahmen der Pathogenese steht.

2.4.2 Die Rolle der Mentalisierung in der MBT

Das Konzept der Mentalisierung geht zurück auf Fonagy und beinhaltet, dass sich ein Individuum die Anderen und sich selbst unter Bezugnahme auf mentale Prozesse oder Zustände – so genannte „mental states“ – und subjektive Zustände erklären kann (Bateman & Fonagy, 2009). Konkreter formuliert bedeutet dies, „anzuerkennen, dass das, was wir denken und fühlen, Gedanken und Gefühle sind, und es zeigt, dass wir eigene und fremde mentale Zustände als mentale Zustände verstehen“ (ebd., S.263). Das Konzept der Mentalisierung beinhaltet also sowohl eine selbst-reflexive als auch eine interpersonelle Komponente. Im Rahmen einer gesunden Entwicklung können mentale Zustände entweder von innen her – fokussiert auf die Gedanken, Gefühle, Wünsche der eigenen bzw. einer anderen Person – oder von außen – orientiert an äußeren Faktoren, wie Mimik oder Verhalten – aktiviert werden und es erfolgt – idealiter – die Bildung einer mentalen Repräsentanz dessen, was im Kopf vor sich geht (Bateman & Fonagy, 2011).⁶³

⁶¹ Auch integriert MBT wesentliche Ergebnisse der Theory of Mind nach Baron-Cohen und Förstl, der Neurobiologie nach Frith und Frith, sowie Forschungen über Interaktionen von Genen, Gehirn und Umwelt nach Kandel, erläutert Schultz-Venrath (2008).

⁶² Im Hinblick auf die Begrifflichkeit kommentieren Brockmann und Kirsch (2010) entsprechend: „Mentalisieren“ beschreibt [...] die Vorgänge meist besser als ‚Mentalisierung‘, weil es das Prozesshafte, das Aktive betont, anstatt das Statische, das Ergebnis“ (S.279).

⁶³ Im Zuge der Auseinandersetzung mit der Verbesserung mentalisierender Fähigkeiten soll nicht vergessen werden, darauf aufmerksam zu machen, dass „gesundes“ Mentalisieren keiner linearen Kurve folgt: eine exzessive Konzentration auf die eigenen mentalen Prozesse oder die Anderer, führe, so Bateman und Fonagy

Neben der Dimension des eben erläuterten innerlichen bzw. äußerlichen Mentalisierens können noch drei weitere Komponenten des multidimensionalen Konstruktes, wie es der MBT zugrunde liegt, differenziert werden. Es handelt sich um die Dimensionen der Implizit- bzw. Explizitheit der Mentalisierung, der Selbst- bzw. Fremdorrientierung des Mentalisierens, sowie dessen kognitiven bzw. affektiven Charakters. Die zweite Dimension, also die Unterscheidung zwischen implizitem und explizitem Mentalisieren, bezieht sich auf den Prozess als automatisch, auf vorherigen Erfahrungen basierend, bzw. im Falle des Aussetzens des automatischen Vorganges, als kontrolliert und zumeist verbal. Das explizite, also kontrollierte Mentalisieren bedarf einer gewissen Anstrengung und Aufmerksamkeit. Der Umschaltzeitpunkt vom impliziten zum expliziten Prozess, wird vom individuellen Bindungsmuster bestimmt (Bateman & Fonagy, 2011). Die dritte Dimension der Mentalisierung befasst sich damit, ob sich die Fähigkeit zum Mentalisieren an den eigenen inneren Prozessen orientiert, oder die Denkweise eines Anderen als Kompass dient, im extremen Fall sogar zur *eigenen* Denkweise gemacht wird. Daher warnen Bateman und Fonagy (ebd.) vor einer allzu bereitwilligen „Compliance“ von Seiten des Patienten, da diese auf Ängstlichkeit und übertriebene Besorgnis über innere psychische Prozesse hinweisen könnte und es dem Therapeuten schwer macht, sich in die Beziehung einzubringen und effektiv daran teilzuhaben. Die vierte Dimension des Mentalisierens umfasst die Differenzierung zwischen kognitiven Prozessen, die sich in Überzeugungen, logischem Denken und Betrachtungsweisen manifestieren, und affektiven Prozessen, die sich in emotionaler Empathie, subjektiven Erfahrungen und mentalisierter Affektivität zeigen.

Zwischen allen vier grob unterschiedenen Dimensionen liegen meist Schnittflächen vor; und das ist dem Konzept zuträglich, denn letzten Endes gilt es, diese Komponenten zu einem zusammenhängenden Ganzen zu integrieren, um erfolgreiches Mentalisieren zu ermöglichen (Bateman & Fonagy, 2011). Die Folgen der Fähigkeit zu Mentalisieren fasst Bolm (2009, S.30) stichwortartig zusammen: kohärentes Selbsterleben, Identitätssicherheit, Übergangsräume, Verstehen von Täuschung und Irrtum, mit Anderen spielen können, gemeinsame Konstruktion von Realität und mit der Realität spielen können.

Die Fähigkeit zur Mentalisierung wird als erhebliche Entwicklungsleistung angesehen und während der ersten Lebensjahre in entscheidender Abhängigkeit von den frühen Beziehungserfahrungen prozesshaft erworben (Bateman & Fonagy, 2011). Die affektive Kommunikation zwischen der primären Bezugsperson und dem Kind ist von entscheidender Bedeutung für die emotionale Entwicklung des Kindes. *„Die Spiegelung und Markierung der Affekte des Kindes durch seine primären Bezugspersonen fördern dabei die sich entwickelnde Fähigkeit des Kindes, seine emotionalen Zustände zu modulieren, um nicht von den Affekten überwältigt zu werden“* (S.280), explizieren Brockmann und Kirsch (2010); durch markiertes Spiegeln kann das Kind eine Unterscheidungsfähigkeit zwischen sich und anderen entwickeln. Fühlt sich das

(2011), zu einseitigen Beziehungen und verzerrten sozialen Interaktionen. Ziel der MBT ist es daher, einen ausgeglichenen, angemessenen Umgang mit der Fähigkeit zum Mentalisieren zu ermöglichen.

Kind von seinen Bezugspersonen verstanden, ist die Voraussetzung für die gesunde Entwicklung mentalisierender Prozesse gegeben. Während ihrer Entwicklung kann die Entstehung der Mentalisierungsfähigkeit jedoch durch etliche Faktoren gefährdet werden. Insbesondere frühkindliche Traumatisierung und Vernachlässigung spielen hier eine bedeutsame Rolle (Bateman & Fonagy, 2008). *„Wo die Fähigkeit zu mentalisieren verloren geht, treten erneut jene Modi des Erlebens psychischer Realität an die Oberfläche, die im normalen Entwicklungsverlauf dem Erwerb der Mentalisierung zeitlich vorangehen“* (S.154), erläutern Bateman und Fonagy (2008). Dabei handelt es sich um den „Äquivalenzmodus“, den „Als-ob-Modus“ oder den „teleologischen Modus“. Im Modus der „psychischen Äquivalenz“ wird die innere Welt als identisch mit der äußeren erlebt. Er kommt als eine Art resignativer Reaktion auf ein Trauma zum Vorschein; dem Wunsch, nicht mehr denken zu müssen, wird nachgegeben. Im „Als-ob-Modus“ wird die Gleichsetzung von innerer und äußerer Welt dissoziativ entkoppelt (Bateman & Fonagy, 2008). Hier wird das mentale Funktionieren auch als „Pseudomentalisierung“ bezeichnet. *„Während das Gespräch klingt, als ob eine Mentalisierung stattfindet, zeigt sich, dass die beschriebenen psychischen Zustände ohne tieferen Sinn sind und wenig Ähnlichkeit mit eigentlichem Denken, Fühlen oder beidem aufweisen“* (S.208), macht Schultz-Venrath (2008) anschaulich. Der „teleologische Modus“ gilt als frühester subjektiver Modus und bezieht sich auf das Ergebnis, das einer Manipulation folgt, weswegen er auch als „manipulativer Modus“ eingeordnet wird: psychische Veränderungen gelten nur als real, wenn körperlich beobachtbare Aktionen *„mit dem Wunsch, Glauben, Gefühl oder der Sehnsucht des Patienten kontingent“* sind. Nur körperliche Eingriffe können eine Veränderung der mentalen Zustände erreichen (ebd.).

Ein Oszillieren zwischen dem Äquivalenz- und dem Als-ob-Modus ist ein charakteristisches Merkmal einer Traumatisierung.⁶⁴ Es verhindert oder hemmt die Mentalisierung und es kommt zu einer Einschränkung der Affektregulation, der Entwicklung stabiler Repräsentanzen, sowie der Fähigkeit zum „Spielen mit der Realität“ (vgl. Fonagy & Target, 1996). Dadurch wird ein Erreichen der höchsten Stufe der Mentalisierung – der Symbolisierung – nicht möglich gemacht (Schultz-Venrath, 2008); der reflexive Modus kann nicht erreicht werden. Im Zuge einer gesunden kindlichen Entwicklung kann dieser reflexive Modus ab einem Alter von circa vier bis fünf Jahren die vorher nebeneinander existierenden Modi integrieren. Unterschiedliche Perspektiven können anerkannt und falsche Überzeugungen bei sich und anderen mit einbezogen werden (Brockmann & Kirsch, 2010).⁶⁵

⁶⁴ Aus neurobiologischer Sicht kann eine defizitäre Mentalisierungsfähigkeit ätiologisch in einer „Synergie zwischen psychischen Abwehrmechanismen, neurobiologischer Entwicklung und Verschiebungen der Hirnaktivität bei posttraumatischen Zuständen“ (S.158) verortet werden. Eine Verlagerung des Gleichgewichts der kortikalen Kontrolle lässt die traumatisierte Person entweder im Modus der „psychischen Äquivalenz“ verharren – damit geht die Unfähigkeit einher, alternative, sekundäre Repräsentationen bzw. Metarepräsentationen der Situation zu aktivieren – oder im „Als-ob-Modus“, in dem er versucht durch Dissoziation von dem traumatisierenden Erlebnis Distanz zu gewinnen (Bateman & Fonagy, 2008).

⁶⁵ Dies kann anhand des „false believe“-Test („falsche Überzeugung“) nachvollzogen werden.

2.4.3 Die Rolle von Übertragung und Gegenübertragung in der MBT

Dem Umgang mit der Übertragung in der Therapie liegt der MBT folgende Annahme zugrunde: die Übertragung ist keine simple Verschiebung oder bloße Wiederholung der Vergangenheit und sollte dem Borderline-Patienten daher auch nicht in diesem Sinne gedeutet werden. Sie wird vielmehr als reale und aktuelle Erfahrung des Patienten verstanden und anerkannt (Bateman & Fonagy, 2008a).

Methodisch empfehlen Bateman und Fonagy (2009) die Motive herauszuarbeiten, auf welchen der momentane mentale Zustand des Patienten beruht – und damit die „Übertragung zu mentalisieren“. *„Das gehört zu den schwierigsten Aspekten, weil der Therapeut Gefahr läuft [...] dem Patienten zu erklären, ‚was tatsächlich los ist‘“* (S.280). Außerdem birgt dieses Vorgehen die Gefahr einer Stimulierung sekundärer Bindungsstrategien und damit einer Hyperaktivierung oder Übererregtheit, die dem Mentalisieren im Wege steht (Bateman & Fonagy, 2011). Die Idee, die hinter der Mentalisierung der Übertragung steht, ist ein Versuch, dem Patienten alternative Sichtweisen zu ermöglichen und dessen Wahrnehmung andere mögliche Erklärungen gegenüberzustellen (Bateman & Fonagy, 2009).

Die MBT schlägt sechs aufeinander folgende Schritte vor, in denen diese spezielle Technik angewendet werden soll. Zuerst gilt es, das Übertragungsgefühl zu validieren. Zweitens gilt es, das Gefühl der Übertragung auf die hervorrufenden Ereignisse und die damit assoziierten Gedanken und Gefühle hin zu untersuchen. Hierbei verbleibt der Therapeut geraume Zeit in der Haltung des Nicht-Wissens und prüft genau, wie der Patient die von ihm geäußerte Erfahrung erlebt. Im dritten Schritt kann nach erfolgreicher Exploration deutlich werden, welchen Anteil der Therapeut an diesen Gedanken und Gefühlen haben könnte. Der Therapeut sollte diesbezüglich mögliche Erklärungen anbieten, wie er zu diesem Anteil an den Übertragungsgefühlen beigetragen haben könnte. Dies ist insbesondere dafür hilfreich, dem Patienten vorzuleben, dass man auch für unwillkürliche Handlungen die Verantwortung übernehmen könne. Anschließend, im vierten Schritt, steht die Zusammenarbeit, um zu einer alternativen Perspektive zu gelangen, im Mittelpunkt des therapeutischen Prozesses. Hierbei ist es bedeutsam, dass sich der Therapeut vorstellt, neben dem Patienten zu sitzen und gemeinsam mit ihm – *„wenn möglich mit einer untersuchenden, interessierten Haltung“* (S.574) – die Gedanken und Gefühle des Patienten zu betrachten. Die Präsentation der alternativen Sichtweise ist der fünfte, die Beobachtung seiner eigenen Reaktion sowie der des Patienten durch den Therapeuten, der sechste und letzte Schritt (Bateman & Fonagy, 2011).

Bateman und Fonagy (2011) grenzen diese Technik der Übertragungsmentalierung entschieden von einer Übertragungsdeutung ab, wie sie beispielsweise im Rahmen der TFP angewandt wird. Zum einen sei es innerhalb der MBT nicht das Ziel, durch diese Technik Einsicht zu vermitteln. Zum anderen versuche sie nicht, die Gegenwart mit der Vergangenheit zu verknüpfen, da beides negative, iatrogene Folgen haben könnte. *„Zwar zeigen wir Ähnlichkeiten zwischen den Beziehungsmustern in der Therapie und denen in der Kindheit auf, wollen damit den Patienten aber keine Erklä-*

rung (Einblick) liefern, die sie zur Kontrolle ihres Verhaltensmusters verwenden könnten" (S.575). Vielmehr ginge es darum, die Aufmerksamkeit des Patienten „auf ein anderes erstaunliches Phänomen zu lenken, das einiges Nachdenken erfordert“ (ebd.), erklären Bateman und Fonagy (2011) weiter.

Als außerordentlich große Herausforderung in der Behandlung von Borderline-Patienten sehen Bateman und Fonagy (2008a) die Tendenz zur Externalisierung unerträglicher Selbstzustände und den damit einhergehenden intensiven Gegenübertragungsgefühlen beim Therapeuten. Da diese extremen Affekte eines Borderline-Patienten, wie Wut und Feindseligkeit, häufig andere, für den Patienten problematischere Gefühle wie Sehnsucht nach Nähe und Intimität, überdecken, empfiehlt die MBT dem Therapeuten, seine Gegenübertragungsgefühle genau zu beobachten, da diese einen wichtigen Hinweis auf den „verdeckten“ Zustand des Patienten geben können (Bateman & Fonagy, 2009).

2.4.4 Der Strukturbegriff in der MBT

Als Mentalisierungs- und Bindungsforscher sowie im Hinblick auf sein mentalisierungsbasiertes Therapiekonzept befasst sich Fonagy offensichtlich wenig mit dem Begriff der psychischen Struktur. In seinen Texten zur MBT ist der Terminus nur schwer zu finden. Indirekt erklärt er dies in seiner Formulierung, „strukturelle oder Persönlichkeitsveränderungen“ (S.571) stünden nicht im Fokus der MBT (vgl. 2.4.8) (Bateman & Fonagy, 2011). Mit strukturellen Fertigkeiten könnten im Rahmen des MBT-Konzepts die „inneren Arbeitsmodelle“ (iAM)⁶⁶ in Verbindung gebracht werden, die als zentrale psychische Prozesse von angstvollem Erleben aktiviert, der Orientierung des Kindes dienen, sich in derartigen Situationen mit der Betreuungsperson zurecht zu finden (Bateman & Fonagy, 2008a). Auch stabile Repräsentanzen und ein damit ermöglichtes kohärentes Selbst sowie eine innere Objekt Konstanz, die im Rahmen der MBT mittels einer Verbesserung der mentalisierenden Prozesse erreicht werden soll, können als strukturelle Merkmale angesehen werden.

2.4.5 Das Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der MBT

Eine defizitäre Fähigkeit zum Mentalisieren stelle, so Bateman und Fonagy (2009), ein sehr wichtiges Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung dar. Dieses Defizit manifestiere sich vorrangig im Kontext von Bindungsbeziehungen, wenn das Borderline-Individuum „das, was im eigenen Kopf und in dem der Anderen vorgeht“ (S.571) bei affektiver Erregung falsch interpretiert würde (Bateman & Fonagy, 2011). In anderen Situationen kann ein Borderline-Patient durchaus ein „normaler Mentalisierer“ sein, wenn auch teilweise mit einem niedrigeren Ausgangsniveau als Andere. Entsteht eine intensive Bindung zu einer anderen Person, kann das Verstehen der mentalen Prozesse erheblich gehemmt sein. Der Patient kann in den „Äquivalenzmo-

⁶⁶ In englischsprachigen Texten als „internal working models“ (IWMs) bezeichnet;

„Als-ob-Modus“ geraten oder sein Denken nimmt „teleologische“ Züge an (ebd.; vgl. 2.4.2). Dies wird als Folge der Überaktivierung des Bindungssystems angesehen, welche es folglich in der MBT aus einer „mittleren“ distanzierten Haltung und einer Vermeidung von sehr intensivem Übertragungsgeschehen heraus, zu vermeiden gilt.

Fonagy und seine Kollegen erklären die Phänomene der Borderline-Pathologie anhand des Mentalisierungskonzepts. So führen Bateman und Fonagy (2008a) beispielsweise die für Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung charakteristische Impulsivität auf Repräsentationen intentionaler Aktionen an, die mit einer „teleologischen Haltung“ erzeugt wurden. So erscheint auch selbstverletzendes Verhalten des Borderline-Patienten aus teleologischer Sichtweise „sinnvoll“; reagieren Andere auf die Selbstverletzungen mit offensichtlicher Sorge, kann der Patient sich derer Anteilnahme sicher sein.

Befindet sich ein Borderline-Patient in der therapeutischen Situation im „Als-ob-Modus“, kann er die, vom Therapeuten mit der Absicht einer „realen Wirkung“ auf ihn formulierten Äußerungen, unter Umständen zwar verstehen, jedoch haben sie möglicherweise keine „realen Implikationen“ (S.123) für den Patienten (Bateman & Fonagy, 2008a). Eine Therapie könne auf diese Weise über geraume Zeit im „Als-ob-Modus“ durchgeführt werden, erklären Bateman und Fonagy (ebd.), ohne, dass der Patient ein wirkliches Verständnis erwerben könne und sich Erfolge abzeichnen könnten. *„Tatsächlich sind der eifertige Gebrauch eines psychologischen Vokabulars, eine extreme Komplexität, die Gleichzeitigkeit von Formulierungen, die miteinander nicht zu vereinbaren sind, oder ihre umstandslose Neuformulierung“* (S.124) deutliche Indikatoren für eine Therapie in eben diesem Modus, warnen die beiden Autoren. Die Einschätzung des jeweiligen Mentalisierungsniveaus ist folglich von großer Wichtigkeit. Sie fordert vom Therapeuten, dass er sich sowohl seiner eigenen „Container“-Fähigkeiten bewusst ist, als auch mit den „containment“-Fähigkeiten des Patienten vertraut wird. In der therapeutischen Situation gilt es stets das eigene Mentalisierungsniveau zu beachten, um iatrogene Schädigungen durch Agieren in der Gegenübertragung zu vermeiden (Schultz-Venrath, 2008).

Im Laufe einer MBT-Behandlung soll der Patient lernen, mehr darüber in Erfahrung zu bringen, wie er über sich selbst und Andere denkt und fühlt, auf welche Art diese Gedanken und Gefühle sein Handeln prägen. Auch muss er lernen nachzuvollziehen, dass es Bewältigungsversuche sind, wenn ihm bei der Interpretation seiner selbst und Anderer Fehler unterlaufen (Bateman & Fonagy, 2008a).

2.4.6 Patient-Therapeut-Beziehung und therapeutische Haltung in der MBT

Im Rahmen der MBT gilt es für den Therapeuten, eine mentalisierende Haltung einzunehmen, die sich durch das kontinuierliche Überlegen auszeichnet, welche inneren mentalen Zustände sowohl des Patienten als auch seiner selbst, das aktuelle

Geschehen in der therapeutischen Situation erklären könnten. Von einem „Standpunkt des Nichtwissens“ aus, kann der Therapeut mit dem Patienten *gemeinsam* dessen innere wie äußere Erlebenswelt explorieren (Bateman & Fonagy, 2008a). Gleichzeitig soll stets sichergestellt werden, dass die auftretenden emotionalen Zustände aktiv und bedeutsam sind (Bateman & Fonagy, 2011).

Da die MBT der Annahme folgt, dass sowohl extreme Affekte als auch eine starke Aktivierung des Bindungssystems die Mentalisierungsfähigkeit hemmen, soll der Therapeut sich um eine angemessene „mittlere“ emotionale Distanz in der Patient-Therapeut-Beziehung bemühen. Hierfür wird eine *aktive* neugierige Haltung des Therapeuten als förderlich betrachtet. Eine Intensivierung der Übertragungsbeziehung, wie sie beispielsweise durch längere Schweigephasen oder unstrukturierte Sitzungen zustande kommt, soll dementsprechend vermieden werden (Bateman & Fonagy, 2008a).

Umsichtig formuliertes Lob wird in der MBT als hilfreich für das Entstehen einer therapeutischen Atmosphäre angesehen. Gelobt werden sollte jedoch nur, um die Mentalisierung des Patienten zu unterstreichen und die Vorteile der mentalisierenden Haltung gemeinsam genau zu betrachten. Nicht-mentalisierende Bemerkungen sollten unmittelbar angesprochen und bearbeitet werden, da diese als keineswegs förderlich für die Beziehung gelten. *„Darauf sollte man den Patienten nachdrücklich hinweisen“* (Bateman & Fonagy, 2009, S.275).

Im Laufe der Therapie kann sich ein Arbeitsbündnis entwickeln, das auf Empathie und Validierung sowie der Bereitschaft des Therapeuten zuzuhören beruht. *„Hoffnung angesichts von Feindseligkeit, beruhigende Zuversicht bei emotionalem Aufruhr und ein von Grund auf menschliches Verhalten sind ebenfalls notwendig“*, stellen Bateman und Fonagy (2008a) fest, *„damit das Beziehungsbündnis die Höhen und Tiefen der Behandlung überleben kann.“* Und sie bestärken den Therapeuten darin, die Ruhe und Hoffnung auch in äußerst problematischen Therapiesituationen mit Borderline-Patienten nicht zu verlieren, da extreme Affekte eine Gefahr für das Arbeitsbündnis und das Zutrauen des Therapeuten sein können.

2.4.7 Technische Merkmale der MBT

Der defizitären Mentalisierungsfähigkeit bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung begegnet die MBT mit vier therapeutischen Kernstrategien: erstens die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit, zweitens das Schließen der Lücke zwischen Affekten und ihrer Repräsentation, drittens die vorrangige Konzentration der Arbeit auf aktuelle mentale Zustände sowie viertens die kontinuierliche Berücksichtigung der Defizite des Patienten (Bateman & Fonagy, 2008a).

Von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen, so sind Bateman und Fonagy (2009) überzeugt, würden viele Therapeuten zu Interventionen veranlasst, die *„bestenfalls nicht-mentalierend, häufiger aber anti-mentalierend“* seien (S.273 – 274). Für die MBT wurden deshalb gut einprägsame Techniken und Prinzipien entwi-

ckelt, die dem Behandelnden – konsequent, aber flexibel angewendet – auch über ratlose Situationen hinweg helfen sollen. Als Gebot, das Bateman und Fonagy (2011) allen im Rahmen der MBT angewandten Interventionen voranstellen, formulieren sie die Notwendigkeit, dass *jede* Intervention nicht mit der Mentalisierungsfähigkeit des Therapeuten, sondern der des Patienten im Einklang stehen müsse. Und sie fügen eine weitere Faustregel hinzu: *„Je größer die emotionale Erregung der Patienten ist, desto weniger komplex sollte die Intervention sein“* (S.573). Überdies ist der Therapeut im Rahmen der MBT dazu angehalten, möglichst wenig metaphorische Sprache zu verwenden: *„Die Fähigkeit von Borderline-Patienten, sekundäre Repräsentationen zu benutzen, ist ebenso unterentwickelt wie ihre Fähigkeit, Affekte symbolisch zu binden“* (S.320). Aufgrund dessen blieben Metaphern für diese Patienten weitgehend bedeutungslos und führten zu Verwirrung und Unverständnis (Bateman & Fonagy, 2008a).

Werden diese Bedingungen beachtet, könne *jede* Technik verwendet werden, so teilen Bateman & Fonagy (2011) mit, *insofern* sie primär den Prozess der Mentalisierung anrege. Techniken, welche die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten schwächen oder untergraben, wie triviale Erklärungen, Vorannahmen, Rationalisierungen etc., sollten entsprechend vermieden werden. Das Unterbinden der Mentalisierung wird von den Autoren direkt als schädigend für den Patienten angesehen.

In Situationen großer affektiver Erregung beim Patienten, gilt es in erster Linie dem Patienten Unterstützung zuteil werden zu lassen und Empathie entgegen zu bringen (Brockmann & Kirsch, 2010). Ebenso wird die Technik der „Klärung“ auch in Situationen erhöhter Erregung als „sicher“ eingeschätzt, da sie vom Patienten weniger mentalen Aufwand fordert, als beispielsweise die Mentalisierung der Übertragung, welche als Hauptelement der MBT angesehen wird (Bateman & Fonagy, 2011). Diese wird aufgrund der bereits erfolgten Vorstellung (vgl. 2.4.2) an dieser Stelle nicht noch einmal ausführlicher aufgegriffen. Die „Klärung“ also, wird innerhalb der MBT als Untersuchung von Verhaltensweisen verstanden, die aus unzulänglichem Mentalisieren resultiert. Jede Handlung soll mithilfe dieser Technik auf Affekte zurückgeführt werden, indem das Geschehen im Nachhinein geprüft wird und die Motive der einzelnen Schritte, die zu dem Verhalten geführt haben, analysiert werden. Hierfür gilt es unvoreingenommen zu fragen, Fakten neu zu formulieren und das Ereignis minutiös zu untersuchen. Ist die Klärungsebene erreicht, müssen Therapeut und Patient versuchen, die Übertragung zu mentalisieren (Bateman & Fonagy, 2009).

Eine weitere MBT-spezifische Technik soll hier noch vorgestellt werden: in Situationen, in denen das Mentalisieren – oft aufgrund exzessiver emotionaler Erregung oder auch unangemessener Rationalisierung – scheitert, kann der Therapeut mit der Intervention der „Konfrontation“ oder der Aufforderung, innezuhalten – „Stopp - nicht weiter!“ - reagieren und die Sitzung unterbrechen. Daraufhin wird der Patient gebeten, sich auf den Augenblick zu konzentrieren und dadurch in einen Zustand der Mentalisierung zurückzukehren; unter Umständen gilt das Gleiche für den Therapeuten. Auch im Zuge dieser Technik muss der Gefühlszustand exploriert werden. Der Therapeut fährt nicht fort, solange das für das Scheitern der Mentalisierung verantwortliche Verhalten und der damit verbundene mentale Prozess identifiziert werden

konnten, der das Erleben des Patienten „*rechtfertigt und seine Einstellung entschuldigt*“ (S.278), wie es Bateman und Fonagy (2009) bemerkenswerter Weise formulieren.

2.4.8 Therapieziele der MBT

Ihre übergreifenden Zielsetzungen formuliert die MBT in bescheidenem Ton: sie habe nicht das Ziel, „*großartige strukturelle oder Persönlichkeitsveränderungen*“ (Bateman & Fonagy, 2011, S.572) oder Änderungen der Kognition zu erreichen. Ihr Ziel sei es vielmehr, „*in den Patienten einen Keim der Mentalisierung anzulegen*“ (ebd.), um schließlich erfolgreicher mit Problemen umgehen zu können und insbesondere in zwischenmenschlichen Beziehungen mit emotionalen Zuständen besser zurechtzukommen „*oder wenigstens selbstbewusster damit umgehen*“ (ebd.) zu lernen, so Bateman und Fonagy (2011).

Durch eine Verbesserung der mentalisierenden Fähigkeiten bzw. Prozesse, die Verhinderung sich der Mentalisierung zu entziehen und eine Unterstützung der Affektrepräsentation, kann der Modus der psychischen Äquivalenz, der in nicht-reflexiver Weise eine Gleichsetzung von Innen und Außen erzwingt, in einen reiferen Modus überführt werden, „*in dem die innere Welt umsichtiger und respektvoller behandelt und als etwas anerkannt werden kann, das von der äußeren Realität getrennt ist und sich qualitativ von ihr unterscheidet*“ (S.329). Damit sei die Grundlage für ein kohärentes Selbstgefühl geschaffen, das wiederum die Fähigkeit, sichere Bindungen aufzubauen, ermögliche (Bateman & Fonagy, 2008a).⁶⁷ Eine psychotherapeutische Behandlung von Borderline-Patienten sei dann erfolgreich, so ergänzt Schultz-Venrath (2008), „*wenn es gelingt, die Mentalisierungsfähigkeit zu vergrößern, ohne durch eine Überstimulation des Bindungssystems zu viele iatrogene Effekte zu erzielen*“ (S. 211 – 212).

2.4.9 Forschungsergebnisse der MBT

Bereits 1999 kann die Effektivität der MBT durch Bateman und Fonagy in einer 18-monatigen randomisierten kontrollierten Studie belegt werden, welche Patienten in Einzel- und Gruppentherapie miteinander vergleicht, die entweder im Sinne der MBT oder einer allgemein-psychiatrischen Versorgung behandelt werden. Anzahl und Dauer von Klinikaufhalten sowie die Notwendigkeit von Medikamenten, können durch die MBT-Behandlung deutlich verringert werden. Auch das selbstschädigende und suizidale Verhalten kann signifikant eingedämmt werden, gleichermaßen die Symptome der Angst und Depression. Überdies wird anhand der Studie eine Anhebung des interpersonalen Funktionsniveaus festgestellt. Bemerkenswerterweise verbessert sich der

⁶⁷ Assoziiert man die Fähigkeiten rund um eine verbesserte Repräsentanzbildung und ein kohärentes Selbst mit „strukturellen Fähigkeiten“, muss die bescheidene Formulierung, die eingangs in diesem Paragraphen zitiert wurde, eingeschränkt werden; eine strukturelle Veränderung wäre damit durchaus im Rahmen der MBT-Zielsetzung.

Zustand der Patienten der untersuchten Gruppe auch noch während der darauf folgenden 18 Monate (Bateman & Fonagy, 2001).

Im Jahr 2008 berichteten Bateman und Fonagy die Ergebnisse ihrer Follow-Up-Studie, die erneut die Patienten der 1999 begonnenen Studie untersucht (Bateman & Fonagy, 2008b). Ziel ist es, die Erfolge acht Jahre nach der randomisierten Zuweisung in Untersuchungs- und Kontrollgruppe, bzw. fünf Jahre nach Abschluss der vorhergehenden Studie nachzuvollziehen: sowohl die Anzahl von Suizidversuchen, als auch die Inanspruchnahme medizinischer Dienste, das globale Funktionsniveau und die Ausprägung der Borderline-Symptome nach DSM-IV⁶⁸ weist bei den MBT-Behandelten Verbesserungen auf. Die lang anhaltenden Erfolge der mentalisierungsbasierten Therapie treten besonders im Vergleich mit der Kontrollgruppe hervor, deren Erfolge bei den Patienten äußerst weit hinter den Ergebnissen der MBT-Gruppe zurückbleiben (Bateman & Fonagy, 2008b). Mithilfe einer weiteren randomisierten kontrollierten Studie aus dem Jahr 2009 konnten vergleichbare Erfolge einer 18-monatigen Behandlung nach den Prinzipien der MBT wiederholt dokumentiert werden (Brockmann & Kirsch, 2010).

2.5 Die Strukturbezogene Psychotherapie

2.5.1 Entwicklung, Anwendungsbereiche, Manualaufbau und Theoretischer Hintergrund der Strukturbezogenen Psychotherapie

Im gleichen Jahr, in dem Bateman und Fonagy das erste Manual zur MBT publizieren, veröffentlicht auch Rudolf seine Strukturbezogene Psychotherapie. Das Verfahren liegt folglich seit 2004 in manualisierter Form vor und es versteht sich als fokuzentrierte Therapie und „*substantielle Modifikation psychoanalytischer Behandlungstechnik*“ (Rudolf, 2006c, S.243). Von wesentlicher Bedeutung für die Entwicklung dieser störungsspezifischen Therapie ist nach Rudolf (2006c) die Mitarbeit an der Entwicklung der „Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik“ (OPD).⁶⁹ „*Nach weit zurückreichenden Vorläufern⁷⁰ und animiert durch die OPD-Entwicklung, die das strukturelle Geschehen psychodynamisch begrifflich zu klären half, wurde in der strukturbezogenen Psychotherapie etwas konzeptualisiert, das die bereits vorliegenden Erfahrungen vieler Psychotherapeuten in Kliniken und Praxen in Worte fasste und systematisierte*“ (S.97), erläutert Rudolf (2007). So wurde das Vorgehen unter klinischen Bedingungen in Psychotherapie-Stationen, Ambulanzen und Beratungsstellen sowie psychotherapeutischen Praxen „*entwickelt, erprobt, konzeptualisiert, gelehrt, supervidiert und evaluiert*“ (Rudolf, 2006c, S.243).

⁶⁸ gemessen anhand der „Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder“ (ZAN-BPD)

⁶⁹ Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD) wurde in den 90er Jahren von der Arbeitsgruppe OPD als psychodynamische Ergänzung der ICD-10 entwickelt. Dieses System enthält neben der syndromalen ICD-Achse und einer Achse des subjektiven Krankheitserlebens drei psychodynamisch konzipierte Achsen, die sich auf Beziehung, Konflikt und Struktur beziehen. Rudolf ist der Leiter der Arbeitsgruppe S t r u k t u r (Rudolf, 2006c).

⁷⁰ vgl. Rudolf (1977; 1996)

Inbesondere für Borderline-Patienten, deren strukturelle Defizite das Störungsbild bestimmen, kann die Strukturbezogene Psychotherapie als eigenständiges Verfahren durchgeführt werden. In diesen Fällen richten sich die Haltung des Therapeuten und die therapeutischen Interventionen vorrangig nach den Prinzipien des Verfahrens (Rudolf, 2006a). Doch die Strukturbezogene Psychotherapie kann gleichermaßen als Element einer jeden psychodynamischen Therapie für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, Charakterstörungen mit verdecktem Strukturanteil oder auch Konfliktstörungen mit Strukturanteil Anwendung finden; beispielsweise in der ambulanten, tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen (Kurzzeit-) Psychotherapie wie auch in der stationären Psychotherapie. Das stationäre oder teilstationäre Setting berge Rudolf (2007) zufolge seine besondere Chance in der Anwendung strukturbezogener Behandlungskonzepte, da in diesem Rahmen „rund um die Uhr“ ein strukturiertes Beziehungsangebot gemacht werden könne und durch die verschiedenen Therapieangebote⁷¹ und Beziehungsfelder⁷² der Arbeit an unterschiedlichen Entwicklungsaufgaben begegnet werden könne. Neben dem Einsatz in der Behandlung Erwachsener, ist dieses strukturbezogene Verfahren auch hilfreich in der Jugendlichen-therapie. Dort kann sie an jenen Stellen, an denen es um strukturelle Reifung geht, als Behandlungselement zu Hilfe genommen werden. *„Je mehr deren Bearbeitung gelungen ist, desto eher wechselt die Behandlung nach und nach in den Bereich der konfliktaufdeckenden Therapie“* (S.252), erklärt Rudolf (2006c).⁷³

Rudolf (2006a) nennt das Buch zu seinem strukturbezogenen Verfahren nicht etwa Manual oder Handbuch;⁷⁴ das „Manual zur strukturbezogenen psychodynamischen Therapie“ ist in einem Kapitel untergebracht und nimmt vom Seitenumfang her nur ziemlich genau ein Viertel des Buches ein. Dieses Kapitel befasst sich mit allgemeinen Strategien und spezifischen Interventionen, die dem Therapeuten methodische Hinweise an die Hand geben, wie strukturelle Störungen der Persönlichkeit behandelt werden können.

Den Großteil des Textes macht eine ausführliche Auseinandersetzung mit der theoretischen Grundlage seiner modifizierten Therapie aus. Er widmet sich sorgfältig der Entwicklungspsychologie der Struktur, der Bedeutung der Emotionen sowie der Einordnung und Diagnostik struktureller Störungen. Dieser Teil könne auch weiterem wissenschaftlichem Arbeiten in diesem Gebiet von Nutzen sein, urteilt Cierpka in seinem Geleitwort zu Rudolfs (2006a) Buch: *„Für den Forscher stellt es die Möglichkeit dar, Subpopulationen von Patienten mit schweren strukturellen Störungen vor dem Hintergrund einer überzeugenden Theorie und davon abgeleiteten Strukturdimensio-*

⁷¹ Einzeltherapie als Art Fokalthherapie, ergänzt um interaktionelle Gruppentherapien und Therapien, die sich vorrangig nonverbaler Methoden bedienen, wie Musik-, Kunst- oder Tanztherapie

⁷² Bezugspflege und Patientengemeinschaft

⁷³ Nach einer ausführlichen Diagnostik und einer gemeinsamen Konsensfindung bezüglich der relevanten Strukturfoki, welche für die Behandlung in eine Fokusliste aufgenommen werden, unterbreitet der Therapeut dem Patienten einen Vorschlag hinsichtlich eines für dessen individuelle Situation geeigneten Settings, das beispielsweise eine Kurzzeittherapie zur Krisenintervention, ambulante tiefenpsychologische oder modifizierte analytische Langzeittherapie, teilstationäre oder vollstationäre Behandlung, medikamentöse oder soziale Unterstützung bedeuten kann (Rudolf, 2006c).

⁷⁴ Der Titel lautet „Strukturbezogene Psychotherapie“, der Untertitel „Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen“.

nen reliabel zu untersuchen und vergleichend mit nichtmodifizierten Strukturdimensionen zu studieren" (S.X).

Mögen die Ausführungen zur Technik der Strukturbezogenen Psychotherapie auch „zentral“ (S.IX) für das Buch sein, wie Cierpka in seinem Geleitwort feststellt, so verrät das große Gewicht auf die theoretische Auseinandersetzung vielleicht etwas über Rudolfs Haltung und Anliegen; der Untertitel zeigt, dass er das Buch als „Leitfaden“ verstanden wissen will, der jedoch, betrachtet man den Inhalt des Buches genauer, kein festes „Korsett“ im Sinne einer erschöpfenden Handlungsanleitung bietet. Rudolf betont in seinem Buch nicht nur mögliches diagnostisches Vorgehen mitsamt seinen Verweisen auf die OPD und eine mögliche strukturelle Systematik, sondern plädiert vielmehr für eine Offenheit gegenüber „neuen“ psychoanalytischen Verfahren, die sich methodisch von der Standardtechnik der Psychoanalyse entfernen, und will – insbesondere unter den deutschen Kollegen – ein Bewusstsein für die spezifischen Bedürfnisse von Patienten mit strukturellen Defiziten schaffen.

Luborskys (1984) Manual-Kriterien im Blick, fällt auf, dass Rudolfs Leitfaden zwar eine OPD-Struktur-Checkliste beigefügt ist, jedoch keine Adhärenz-Skala, anhand derer die Manualtreue des Therapeuten zu messen wäre. Zudem ist die Ausarbeitung der Handlungsanleitung, wie auch bereits erwähnt, wenig umfassend ausgearbeitet. Die Therapieprinzipien werden jedoch sehr ausführlich und deutlich dargestellt und auch anschauliche Fallbeispiele werden von Rudolf für ein tiefgehendes Verständnis angeboten. Damit werden die von Luborsky 1984 formulierten Manual-Anforderungen durch das Manual zur Strukturbezogenen Psychotherapie nur teilweise erfüllt.

Rudolf (2006a) postuliert für die Strukturbezogene Psychotherapie eine – im Zusammenhang mit den beiden anderen Therapieansätzen bereits erwähnte – verfahrensspezifische Kohärenz. Diese ergibt sich daraus, dass sowohl die fokussierte Störung, als auch das Vorgehen in der Behandlung sowie die Einschätzung des Behandlungsergebnisses im Rahmen des, der Strukturbezogenen Psychotherapie immanenten theoretischen Konzepts verstanden werden, das zudem die ätiologischen Annahmen einbezieht. Dieses Konzept beruht auf dem psychodynamischen Verständnis der Selbst- und Beziehungsregulierung und orientiert sich ätiologisch an den Ergebnissen der Säuglings- und Kleinkindforschung sowie den von ihr geprägten Psychoanalytikern wie Fonagy, Lichtenberg und Stern. In diesem Sinne wird davon ausgegangen, dass sich Entwicklung und Entwicklungsstörung der Persönlichkeitsstruktur auf die frühen interpersonellen Reifungsschritte beziehen, wobei die Aspekte der Emotionsregulierung eine zentrale Rolle einnehmen (Rudolf, 2006c). Methodisch greift das Verfahren unter anderem, aber insbesondere, den Ansatz auf, wie er von Heigl-Evers und Heigl (1987) in ihrer psychoanalytisch-interaktionellen Methode vorgestellt wurde.

2.5.2 Der Strukturbegriff und dessen Rolle in der Strukturbezogenen Psychotherapie

Der OPD zufolge ist Struktur eine „*psychische Dimension*“ (S.89), die bei jedem Individuum vorliegt; bei gesunder Persönlichkeit auf gut integriertem Struktur-niveau, im Falle psychischer Störungen in gradueller und qualitativer Abstufung hinsichtlich des Ausmaßes der strukturellen Einschränkungen.⁷⁵ Rudolf (2007) folgert diesbezüglich, eine strukturelle Störung sei keine umschriebene klinische Einheit, sondern verweise auf die unterschiedlich ausgeprägte Beteiligung struktureller Vulnerabilitäten sowie Defizite bei der Ausprägung psychischer Störungen. „Das Selbst in seiner Beziehung zu den Objekten“ ist erklärter Gegenstand der Struktur. Es geht demnach um die Verfügbarkeit der regulierenden Funktionen im Hinblick auf Emotionen und Beziehungen. Die OPD-2 schlägt eine systematische Differenzierung der strukturellen Dimensionen anhand folgender Aspekte vor, die als Fokuspunkte in die Struktur-Checkliste aufgenommen sind: sowohl Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung⁷⁶, die Konzepte der Steuerung⁷⁷ und der Kommunikation⁷⁸ als auch die Merkmale innerer Bindung und äußerer Beziehung⁷⁹ werden auf ihren strukturellen Charakter hin untersucht (Rudolf, 2006a).⁸⁰ Werden auf diese Weise strukturelle Defizite festgestellt, werden im Sinne der Strukturbezogenen Psychotherapie keine Hypothesen bezüglich unbewusster Konflikte aufgestellt; Rudolf (2006b) erklärt, dass dysfunktionales Verhalten des Patienten vielmehr als Phänomen „*sui generis*“ verstanden würde, als negative Ich-Zustände in der Folge unzulänglicher Entwicklung regulativer struktureller Funktionen.

„Die Nichtverfügbarkeit über die [...] strukturellen Funktionen kann auch verstanden werden als ein Zustand der Bedürftigkeit und der Affektivität, der nicht der jetzigen (jugendlichen oder erwachsenen) Lebenssituation angemessen ist, sondern dem eines kindlichen Entwicklungsabschnitts, in dem Bedürftigkeit und Affektivität nur mit Unterstützung einer einfühlsamen Beziehungsperson reguliert werden können“ (S.147 – 148), verdeutlicht Rudolf (2006c). Diese Annahme geht auf die entwicklungspsychologische und bindungstheoretische Perspektive bezüglich struktureller Fähigkeiten zurück, derer Ansichten und Erfahrungen sich die Strukturbezogene Psychotherapie verpflichtet fühlt. Diese Disziplinen ordnen den Ursprung emotionaler Regulationsfähigkeit den sehr frühen Lebensabschnitten zu, in denen neben der vorrangig oralen Versorgung auch kommunikative Animation und emotionale Regulierung durch die Betreuungsperson angeboten werden. Dies bedeutet, das Unlusterleben des Babys wird durch die feinfühlig antizipierende und adäquat handelnd antwortende Bezugsperson

⁷⁵ Das Integrationsniveau der Struktur wird nach OPD in „gut“, „mäßig integriert“, „gering integriert“, „desintegriert“ eingeteilt. Die OPD erlaubt es auch, Zwischenpositionen zu bestimmen, die dann als „gut bis mäßig integriert“ Aspekte der guten und mäßigen Integration enthalten, und analog für „mäßig bis gering integriert“ und „gering bis desintegriert“ gelten (Rudolf, 2006c).

⁷⁶ Foki Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung: Selbstreflexion, Affektdifferenzierung, Identität, Selbst-Objekt-Differenzierung, ganzheitliche Objektwahrnehmung, realistisches Objekterleben;

⁷⁷ Foki Steuerung: Impulssteuerung, Affekttoleranz, Selbstwertregulierung, Beziehung schützen, Interessenausgleich, Antizipation;

⁷⁸ Foki Kommunikation: Affekterleben, Phantasie nutzen, Körper selbst, emotionaler Kontakt, Affektausdruck, Empathie;

⁷⁹ Foki innere Bindung und äußere Beziehung: Internalisierung, Introjekte nutzen, variable Bindungen, Bindungsfähigkeit, Hilfe annehmen, Bindungen lösen;

⁸⁰ Rudolf (2006a) zur Entwicklung der Fokusliste: „*In der sich über ein Jahrzehnt erstreckenden Praxisstudie analytische Langzeittherapie (Grande et al. 1997; Rudolf et al., 2002a) wurde die Logik der therapeutischen Zielsetzung und Fokusformulierung auf der Grundlage der OPD verwendet. Dazu wurden therapeutische Foki aus der Heidelberger Fokusliste ausgewählt und im Therapieverlauf auf ihre therapeutische Veränderung hin untersucht*“ (S.139).

son aufgefangen. Diesbezüglich wurde die Bedeutung des angemessenen „Spiegeln“ der Affekte des Babys, sowie deren gleichzeitige „Markierung“ wie auch Verbalisierung, nachvollzogen. Auf diesem Weg kann es nach und nach entlang des kommunikativen Affektaustauschs, der Teilhabe an gemeinsamen Affekten und schließlich eines Affektverständnisses mit empathischer Einfühlung in Andere, zu einer gemeinsamen Affektregulierung von Baby und Betreuungsperson kommen. Hier beruft sich Rudolf (2007) auf Dornes (2000) und Fonagy et al. (2006) und erklärt, diese Grundlage biete die Voraussetzung für emotionale Bindungsfähigkeit an Beziehungspersonen. Werde in der frühen Kindheit diese Basis struktureller Fähigkeiten nicht gelegt, führe dies später zur Förderung defizitärer Entwicklungen.

Empirische Daten bieten inzwischen entsprechende Belege dafür, dass „strukturelle Störung“ die gleiche Bedeutung wie „Beziehungsstörung“ habe (Rudolf, 2006a). In diesem Sinne zeichnen sich strukturelle Störungen durch dysfunktionale Beziehungsangebote aus, die sich in problematischem Affekt⁸¹, Selbst⁸²- und Objekterleben⁸³, sowie einem pathologischen Bewältigungsstil⁸⁴ und einer unausgesprochenen, passiven Erwartungshaltung niederschlagen.

Die Strukturbezogene Psychotherapie schlägt acht Schritte vor, die für die therapeutische Entwicklung struktureller Fähigkeiten als wichtig angesehen werden und jeweils an „Etappenziele“ gebunden sind. So ist es als erstes die Aufgabe des Therapeuten, der zunächst ein Hilfs-Ich zur Substitution mangelnder struktureller Fähigkeiten zur Verfügung stellt, zu lernen, die Erlebens- und Verhaltensweisen des Patienten als Muster zu sehen, das es gemeinsam mit dem Patienten als etwas „Drittes“ wahrzunehmen gilt. Dies ermöglicht dem Patienten eine „Außensicht“ auf seine problematischen Verhaltensmuster. Diese werden, im zweiten Schritt, als emotionale Antwort auf eine aktuelle – innere oder äußere – Situation eingeordnet. Anhand dieses Verständnisses arbeitet der Therapeut nun, im Zuge des dritten Schrittes, ein funktionelles Schema heraus, welches modellartig erfasst, wie die inneren und äußeren Ereignisse beim Patienten ablaufen. Dieses affektive Schema soll vom Patienten, dem Teilziel Nummer vier entsprechend, als etwas biografisch Gewachsenes akzeptiert werden können. Der folgende Schritt beruht auf der Annahme, dass sich hinter diesem herausgearbeiteten Schema Bewältigungsversuche verbergen, die als Antwort oder Notlösung biografischer Erfahrungen gesehen werden können. Deshalb gilt es, dem fünften Teilziel nach, die aktuelle Funktionalität bzw. Dysfunktionalität des erkannten Verhaltensmusters zu untersuchen, um auch dem Patienten ein Verstehen bezüglich des Nutzens des Musters zu ermöglichen. Der folgende und sechste Schritt auf dem Weg zur Entwicklung struktureller Fähigkeiten beinhaltet das für den Patienten anzustrebende Ziel, jenes untersuchte Verhaltensmuster als etwas Eigenes anzunehmen und Verantwortung dafür zu übernehmen. Der Therapeut formuliert hierfür sowohl

⁸¹ Affekterleben: Affektausdruck uneindeutig, reduziert; Vorherrschen maladaptiver Emotionen wie Verzweiflung, Verwirrung, Enttäuschung, Gekränktheit etc.;

⁸² Selbsterleben: orientierungslos, labilisiert, ungesteuert, emotional überflutet und entleert;

⁸³ Objekterleben: Einschränkung von realistischer Objektwahrnehmung, Empathie, Kontaktfähigkeit, Verständnis, positiver Beziehungserwartung;

⁸⁴ Bewältigungsstil: Tendenz zur Vermeidung, Zurückweisung, Entwertung, Verstrickung;

Entlastungsangebote, also auch Belastungsforderungen. Daraufhin bietet er sich als „Mentor/Coach/Elternersatz“ (S.138) an, der die Suche nach neuen Möglichkeiten und deren Ausprobieren, unterstützend, anerkennend sowie ermutigend begleitet und bei erfolgreichen Bemühungen durchaus Freude zeigen darf. Wichtig sei, den Patienten stets in seiner Selbstwahrnehmung und dem Verständnis seiner Situation gegenüber zu fördern und ihn im Zuge dessen, so beschreibt es Rudolf (2006a), selbstwirksam und kompetent werden zu lassen. Auf der Suche nach diesen neuen Möglichkeiten sollten auch früher bewährte Ressourcen des Patienten genutzt werden. Im Anschluss an diesen siebten Schritt, gilt es die therapeutische Situation nutzen zu lernen, um bislang unzureichend verfügbare strukturelle Fähigkeiten therapeutisch gezielt zu fördern und langfristigen Erfolg durch die Vermittlung struktureller „skills“ zu gewähren (Rudolf, 2007). Im Zuge dieses achten und letzten Schrittes äußert der Behandelnde keine, die Übertragungsbeziehung betreffenden, aufdeckenden Vermutungen, sondern fungiert vielmehr als „Chronist“ für die erarbeiteten Schritte. Die erstellte Chronik kann, wenn sinnvoll, in der Behandlung zu Rate gezogen werden. Der Therapeut sieht letztlich *„sich selbst und die Therapie nicht als aktuellen Mittelpunkt im Leben des Patienten, sondern als Reflexionsort und Anlaufstelle, die der Patient bei Bedarf nutzen kann“* (S.139), ergänzt Rudolf (2006a).

Zur Einschätzung der therapeutischen Veränderung in einem Fokuspunkt und deren Auswirkung auf die aktuelle Lebenssituation des Patienten kann am Ende eines Behandlungsabschnitts oder der gesamten Behandlung beispielsweise die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS; Rudolf et al., 2000) herangezogen werden. Endet die Behandlung, gilt es, im Licht der nun stabilisierten strukturellen Fähigkeiten, gemeinsam künftige Risiken, wie zum Beispiel überflutende Affekte, einzuschätzen und mögliche Bewältigungsansätze dafür zu entwerfen (Rudolf, 2007).

2.5.3 Die Rolle von Übertragung und Gegenübertragung in der Strukturbezogenen Psychotherapie

Wo das Störungsbild von strukturellen Defiziten bestimmt sei und insbesondere die Fähigkeit fehle, sich selbst zu reflektieren, so ist Rudolf (2006a) überzeugt, müsse die Aktivierung regressiver Prozesse und eine damit einhergehende Konzentration auf die Übertragungsphänomene als kontraindiziert gelten. Diese könnten dem Patienten nicht zu hilfreichen Einsichten verhelfen, sondern zusätzlicher Verwirrung, Verstrickung und realer Abhängigkeit ausliefern. Rudolf spricht sich daher für einen grundlegend anderen Umgang mit der Übertragung hinsichtlich struktureller Störungen aus.

Aus seiner Sicht gilt es, das Verhalten eines Borderline-Patienten nicht als Ausdruck unbewusster Wünsche – und damit intentional – aufzufassen, *„es nicht als Übertragung persönlich [zu] nehmen und schon gar nicht als Übertragung deuten [zu] müssen“* (Rudolf, 2006c, S.107). Der Therapeut steht dem Patienten im Rahmen der Strukturbezogenen Psychotherapie daher nicht als Übertragungsobjekt zur Verfügung, sondern vielmehr als entwicklungsförderndes Gegenüber. Im Zuge dessen werden regressiver Prozesse in der therapeutischen Arbeit nicht gefördert, die Übertragung nicht dadurch verstärkt, dass sie angenommen und gedeutet wird. Vielmehr wird

versucht, den Patienten in seiner Steuerung zu unterstützen (Rudolf, 2006c). In der frühen Therapiephase ist es daher Aufgabe des Therapeuten, eine hohe therapeutische Aktivität an den Tag zu legen, im Bemühen, beim Patienten ein Interesse für sich selbst zu wecken und eine Beziehung zu ihm aufzubauen. Der psychoanalytisch bedeutsame Aspekt der Übertragung fiele, so erläutert Rudolf (2006a), nicht leichthin aus dem Konzept heraus, sondern erhalte nach dem Verständnis der Strukturbezogenen Psychotherapie eine andere Bedeutung. So wird die Übertragung vom Therapeuten durchaus registriert, jedoch nicht therapeutisch benannt. *„Das Ziel ist nicht, eine therapeutische Dyade zu bilden, sondern in der Triangulierung zu arbeiten: Therapeut und Patient untersuchen gemeinsam schwierige Aspekte im Leben des Patienten“* (Rudolf, 2006a, S.127).

Strukturell gestörte Patienten haben Schwierigkeiten, die Beziehung zum Therapeuten zu strukturieren. Daher gestalten sich charakteristische Gegenübertragungsgefühle im Umgang mit diesen Patienten anders als mit typisch konfliktneurotischen; nämlich als *„Wechselbad der Gegenübertragungsgefühle“* (S.249), wie Rudolf (2006c) es formuliert. Die Reaktionen seien *„heftiger, häufig schwer auszuhalten und auch nicht leicht in Worte zu fassen“* (S.119), beschreibt er (2006a) und versucht sie als *„Verwirrung, Ratlosigkeit, Fremdheit, Beunruhigung oder große[...] Besorgtheit“* (S.92) zu umreißen. Auch körperliche Symptombildung kann beim Therapeuten auftreten (Rudolf, 2006c). Aufgrund dieser bezeichnenden Merkmale nutzt die Strukturbezogene Psychotherapie die Gegenübertragung diagnostisch und bezieht sie in den therapeutischen Prozess ein. Eines der Ziele dieses Vorgehens ist es, durch einen aufmerksamen Umgang mit der Gegenübertragung therapeutisch handlungsfähig zu bleiben (Rudolf, 2006c). Auch spontane *„Gegenübertragungsbeunruhigungen“* (Rudolf, 2006a, S.121) müssen ausgehalten werden und – trotz allem – ein Zugang zum Patienten gefunden werden. Dies ist auf die Überzeugung zurückzuführen, dass jedes theoretische Konzept, mit dessen Hilfe sich die Ätiologie und Phänomenologie einer Störung besser begreifen lasse, eine Stabilisierung für den Therapeuten bedeute (Rudolf, 2006c).

2.5.4 Die Rolle der Mentalisierung in der Strukturbezogenen Psychotherapie

Nimmt man sich der Frage an, auf welche Art sich die Strukturbezogene Psychotherapie dem Mangel an reflexiven Fähigkeiten, der bei Borderline-Patienten ausgeprägt vorliegt, nähert und welche Rolle dieses Defizit in ihrem Rahmen spielt, fällt Folgendes auf: Aspekte, die mit Mentalisierungsfähigkeit in Verbindung stehen, sind in beinahe allen Strukturfokuspunkten, wie sie entlang der Struktur-Checkliste untersucht werden können, zu finden.

In Bezug auf das gering integrierte Strukturniveau, welches charakteristisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, bedeutet dies im Bereich der Selbstwahrnehmung eine mangelnde Fähigkeit zur Selbstreflexion und eine eingeschränkte Affektdifferenzierung. Ersteres geht damit einher, dass der Patient keinen Abstand zu

sich selbst gewinnen kann, angibt, nicht zu wissen, wer er sei und keine Sprache für Innenvorgänge aufzuweisen hat. Weiteres zeigt sich darin, dass der Patient nicht nachvollziehbar schildern kann, „*was in ihm an Affekten, Vorstellungen, Fantasien lebendig ist*“ (Rudolf, 2006a, S.196). Im Bereich der realistischen Objektwahrnehmung kann bei Borderline-Patienten festgestellt werden, dass ihr Bild von Anderen stark von eigenen Projektionen geprägt wird: „*Situationen und Ereignisse der Objektwelt werden weitgehend aufgrund eigener Annahmen, Bedürfnisse und Befürchtungen interpretiert*“ (ebd., S.199). Hinsichtlich der Affektregulierung führen Differenzen zwischen eigenen und fremden Wünschen und Werten auf gering integrierten Strukturniveau leicht zu Kränkungen und Rückzug. Im Hinblick auf den Aspekt des Interessenausgleichs – welcher auf der Struktur-Checkliste einen der Punkte darstellt, von denen Aussagen über die Regulierung des Objektbezugs abgeleitet werden – wird des Weiteren deutlich, dass die fehlende Vorstellung von den Interessen Anderer Borderline-Beziehungen auf problematische Weise prägt. Das kommunikative Indiz der Kontaktaufnahme weist extreme Ausprägungen auf: entweder gibt es vermeidende Tendenzen bezüglich emotionalen In-Beziehung-Tretens, oder – in krassem Kontrast – drängendes, übergriffig-distanzloses Kontaktverhalten. Der Borderline-Patient zeigt große Probleme im Verstehen eigener Affekte und weiß sie nicht mitzuteilen. Auch die Erlebniswelt des Anderen kann aufgrund mangelnder Empathiefähigkeit und geringem Mitgefühl schlecht nachempfunden werden. „*Interessen anderer spielen keine Rolle*“ (ebd., S.206). Es kommt zu rationalem Argumentieren, Als-ob-Kommunikation und generalisierenden Aussagen; Missverständnisse und Kommunikationsabbrüche kennzeichnen entsprechend den Kontakt, es wird „aneinander vorbei“ geredet, ein Wir-Gefühl bleibt aus. Schließlich kann im Hinblick auf Fähigkeiten äußere Objekte betreffend, ebenfalls Hinweis auf mangelnde Mentalisierungsfähigkeit gefunden werden: Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung haben es schwer, mögliche soziale Ressourcen zu nutzen, da eigenes „*Hilfesuchen und fremde Hilfsbereitschaft [...] nicht in der Vorstellungswelt des Patienten verankert*“ (S.208) sind.

Da sich diese, eben anhand zahlreicher Beispiele aufgezeigten (selbst-) reflexiven Fähigkeiten, wie ein roter Faden durch die Konzeptualisierung der Struktur ziehen, und das Therapieziel der Strukturbezogenen Psychotherapie eine strukturelle Veränderung im Fokus hat, kann die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit als eines der Ziele des Verfahrens betrachtet werden.

Für die Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bedeutet eine mangelhafte Mentalisierungsfähigkeit, Rudolf (2007) zufolge, große Schwierigkeiten, angebotene Deutungen auf ihre inneren Befindlichkeiten zu beziehen und davon ein tiefer gehendes Selbstverständnis abzuleiten. Deshalb wird die Deutung im Rahmen der Strukturbezogenen Psychotherapie von Rudolf nicht in den technischen Kader aufgenommen. Die Einübung eines dritten Standpunktes mit dem Patienten, von dem aus er, unterstützt vom Therapeuten, lernt, seine eigene Situation „von außen“ wahrzunehmen, stellt im Kontext der Behandlung eine wichtige Vorübung für dessen selbstreflexive Wahrnehmung dar (Rudolf, 2006a).

2.5.5 Das Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Strukturbezogenen Psychotherapie

Im Fokus der Strukturbezogenen Psychotherapie stehen das dysfunktionale Beziehungs- und Selbst-Erleben sowie eine mangelhafte emotionale Regulation bei strukturellen Vulnerabilitäten oder Defiziten (Rudolf, 2006a). Speziell die Borderline-Pathologie ist durch ausgeprägte strukturelle Defizite gekennzeichnet (Rudolf, 2007). Rudolfs Verfahren geht von einem Konzept der strukturellen Störung aus, das sich bei einem Patienten in Form folgender Situation niederschlägt: *„Hier ist ein Patient, der unter dem Druck der Situation sich selbst und seine Beziehungen nicht regulieren kann. Er verfügt zu wenig über positive innere Objekte, die er zur Regulierung der emotionalen Situation heranziehen könnte. Daher ist er emotional überflutet oder in der Gegenbewegung emotional erstarrt. Er besitzt wenig Möglichkeiten, von sich aus die Situation produktiv zu gestalten, und seine eingeschränkte Beziehungsfähigkeit macht es ihm nicht möglich, adäquat um Hilfe nachzusuchen“* (Rudolf, 2006c, S.250).

Aus struktureller Sicht werden Bedürfnisse nicht auf Triebwünsche zurückgeführt, sondern auf den Bedarf an Beziehungen (Rudolf, 2006a). Der Andere wird entsprechend dringend benötigt, um dem Patienten zu helfen, die jeweilige Situation zu ertragen oder zu meistern. Dies geht auf seine negativen kindlichen Erfahrungen zurück. Ganz besonders hat der Borderline-Patient das Gegenüber für seine Emotionsregulation nötig, sowie als Hilfe, sich selbst zu verstehen und sich zu orientieren. *„Das ist etwas grundsätzlich anderes als Triebbefriedigung“* (S.118), meint Rudolf (2006a). *„Die ‚oralen‘ Erlebnisqualitäten sind unbestreitbar existent und tönen die Beziehung zu den frühen Objekten. Aber es wäre falsch und Pars pro toto gefolgert, wenn die frühe Beziehung nur unter der Perspektive der Oralität gesehen würde“* (ebd.).

Kennzeichnend für die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein gering integriertes Strukturniveau, das wenig differenzierte psychische Substrukturen und einen mangelhaft entwickelten psychischen Binnenraum aufweist, in dem sich intrapsychische Konflikte ereignen könnten und in dem sie reflektiert werden könnten. Die Psychodynamik kann daher eher als eine interpersonelle, nicht so sehr als intrapsychische eingeordnet werden. *„Die psychodynamisch relevanten Interventionen können sich daher nicht deutend an einen ungelösten Konflikt wenden, sie müssen sich auf die interpersonelle Situation ausrichten“* (S.116), leitet Rudolf (2006a) davon ab, denn der zwischenmenschliche Bereich sei für den Patienten *„der Ort des leidvollen Erlebens“* (ebd.). Überdies sind selbstreflexive Fähigkeiten auf dem gering integrierten Strukturniveau sehr eingeschränkt. Borderline-Patienten sind nach Annahme der Strukturbezogenen Psychotherapie intolerant negativen Affekten gegenüber, leicht kränkbar und es besteht Identitätsdiffusion sowie der vorrangige Einsatz primitiver Abwehrmechanismen, wie es von Kernberg ausführlich beschrieben wurde. Rudolf spricht auch von einer mangelhaften Ausprägung von Kommunikationsfähigkeit und Empathiefähigkeit. *„Die inneren Objekte sind vorwiegend verfolgend und strafend. Die zentrale unbewuss-*

te Angst richtet sich auf die Zerstörung des Selbst durch den Verlust des guten Objekts oder durch das böse Objekt“ (S.91), ergänzt Rudolf (2007) außerdem.

Im Fall der Borderline-Persönlichkeitsstörung bestimmen die umfassenden strukturellen Unzulänglichkeiten auch das Bild der übrigen Achsen der OPD. *„Auf der Konfliktachse finden sich häufig einander überschneidende, im Einzelnen nicht deutlich werdende Konfliktmuster, so dass es schwer fallen kann, sich diagnostisch für einen Konflikt zu entscheiden“* (S.91), weiß Rudolf (2007). Die am häufigsten auftretenden Konflikte liegen bei Borderline-Patienten im Bereich der Selbstwertkonflikte und Individuationsabhängigkeitskonflikte. Hinsichtlich der Beziehungsachse liegen vorrangig dysfunktionale Muster aggressiven Verhaltens oder defensiven Abschottens vor, was sich in problematischen Interaktionsmustern sowie einem Ausbleiben dauerhafter Partnerbeziehungen manifestiert (ebd.).

2.5.6 Patient-Therapeut-Beziehung und therapeutische Haltung in der Strukturbezogenen Psychotherapie

Die eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit und die damit verbundene Schwierigkeit mit dem Verstehen von Deutungen, macht es dem Patienten in vielen Fällen nicht möglich, die psychoanalytisch angebotene Situation des Nachdenkens über sich selbst im Rahmen der Therapie zu nutzen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer aktiv unterstützenden Haltung des Therapeuten, die spezifisch auf die strukturellen Vulnerabilitäten und Defizite des Patienten ausgerichtet ist (Rudolf, 2007) und eine ständige selbstreflexive, selbstkritische Überprüfung des eigenen therapeutischen Handelns fordert (Rudolf, 2006b). Stellt sich der Therapeut dem Patienten als Selbstobjekt zur Verfügung, ist die Voraussetzung für die therapeutische Arbeit im Sinne der Strukturbezogenen Psychotherapie geschaffen (Rudolf, 2007).

Für das Erreichen dieser spezifischen therapeutischen Haltung schlägt die Strukturbezogene Psychotherapie mehrere Schritte vor: Zuerst muss der Behandelnde aktiv die Entscheidung treffen, sich dem Patienten als entwicklungsförderndes Gegenüber, jedoch nicht als Übertragungsobjekt anzubieten. *„Damit verzichtet er auf die ‚Deutungshoheit‘ über die psychischen Innenvorgänge des Patienten und stellt sich zunächst in den Dienst der Stabilisierung und Problembewältigung“* (Rudolf, 2006a, S.120); der Therapeut steht also nicht als Experte „über“ dem Patienten, um ihm *„Expertise in Form von Deutungen“* (S.250) anzubieten (Rudolf, 2006c). Diese Grundeinstellung resultiert aus den Annahmen über die Entstehung struktureller Störungen bzw. aus den Beobachtungen der Entwicklungspsychologie, die Aufschluss darüber geben, wie die frühe Bezugsperson die strukturelle Entwicklung eines Kindes fördert – oder auch nicht fördert.⁸⁵

⁸⁵ Diese therapeutische Haltung wurde auch von älteren Psychoanalytikern wie Balint, Fairbairn, Winnicott und Bowlby postuliert (Rudolf, 2007).

Anschließend gilt es, sich aus dieser Position eines „Mentors“ heraus, den ablehnenden, aggressiv-entwertenden Haltungen des Patienten zu stellen, dessen hilflos agierendes Verhalten zu ertragen, es nicht persönlich zu nehmen und sich nicht entmutigen zu lassen (Rudolf, 2006a).

Er schätzt es als bedeutsamsten Schritt in die Richtung einer fördernden therapeutischen Haltung ein, beim Patienten schließlich auch *„positive Seiten zu entdecken“* (ebd.). Der Therapeut bewegt sich somit „auf gleicher Höhe“ mit dem Patienten. Aus dieser Position kann in geteilter Aufmerksamkeit das „Dritte“ außerhalb der therapeutischen Dyade untersucht werden. Doch der Therapeut kann sich in Anwendung spiegelnder, antwortender oder konfrontierender Techniken (vgl. 2.5.7) dem Patienten auch „gegenüberstellen“, und dem Patienten die emotionale Alterität zwischen ihm und sich deutlich machen. Steht der Therapeut dem Patienten „zur Seite“ oder auch „hinter“ ihm, ist er in der Position zu containen und sich mit dem Patienten zu identifizieren, sowie sich um ihn zu sorgen (Rudolf, 2006a). Mit dieser Haltung, welche von flexiblen Positionen gekennzeichnet ist, signalisiert der Therapeut seine wohlwollende Bereitschaft und sein geduldiges Interesse, mit dem Patienten zusammen zu klären, wie dessen Situation verstanden werden könnte und welches konkrete Vorgehen ratsam sein könnte. Dies entspräche, so Rudolf (2006a), einer Grundeinstellung, nach welcher der Patient als gleichberechtigt angesehen und ernst genommen werde. In einer gemeinsamen Verantwortungsübernahme für den therapeutischen Prozess, welche von der Strukturbezogenen Psychotherapie besonders betont wird, habe der Patient weder den Nachteil, dass ein Experte über ihn „verfüge“, noch den vermeintlichen Vorteil, sich passiv behandeln zu lassen (ebd.).

2.5.7 Technische Merkmale der Strukturbezogenen Psychotherapie

Neben den bereits betrachteten Aspekten der therapeutischen Grundeinstellung, Haltung und Zielsetzung, beschreibt Rudolf (2006a) eine Reihe strukturbezogener Interventionen, die auf dem therapeutischen Weg zur strukturellen Reifung, wie es oben dargelegt wurde (vgl. 2.5.2), methodisch eingesetzt werden. Dabei bleiben immer die schon bekannten Fokuspunkte auf der Struktur-Checkliste der OPD im Blick. Diese therapeutischen Interventionen bezögen sich primär weder auf die Übertragungsanalyse, noch auf das Aufdecken unbewusster Motive, was die Deutung als angewandte Technik innerhalb der Strukturbezogenen Psychotherapie ausschließe, wie Rudolf (2006a) betont. Sie befassen sich vielmehr in jeder Sitzung – ganz konkret – mit den Versuchen des Patienten, Bewältigungsmuster zu verändern und sich neue strukturelle Möglichkeiten zu erarbeiten bzw. einzuüben (Rudolf, 2007). Inhaltlich geht es dabei um die Verbesserung und Anregung der Selbst- und Objektwahrnehmung des Patienten, die Förderung seiner regulierenden Fähigkeiten und die Modifikation seiner Abwehr aus einer abgegrenzten, beobachtenden, autonomen Position, eine affektive Belebung seiner Kommunikation sowie eine Verbesserung seiner Fähigkeiten rund um innere Bindung wie auch äußere Beziehung (Rudolf, 2006a).

Diese von Rudolf (2006a) aufgelisteten strukturbezogenen Interventionen werden zum großen Teil nur knapp erläutert. So erwähnt er zuerst die „Anregungen zu psychischen Produktionen des Patienten“ und ergänzt, dass es sich hierbei vorrangig um verbale Mitteilungen in Form von Narrativen über Situationen, Erfahrungen, Erinnerungen, Selbstwahrnehmungen oder Träume handeln sollte, ferner „psychische Produkte“ anderer Medien wie Gestaltungen oder Zeichnungen. Führt er auch nichts weiter zu dieser Interventionstechnik aus, so erinnert sie doch an die Abmachung bezüglich der psychoanalytischen Grundregel der „freien Assoziation“, bzw. des Erinnerns an die Einhaltung derselben. Davon könnte man ableiten, dass sich die Strukturbezogene Psychotherapie ebenso der Grundregel bedient, wie es die psychoanalytische Standardtechnik tut, vielleicht jedoch in Verbindung mit einer erhöhten verbalen Aktivität des Therapeuten, insbesondere zu Beginn der Therapie.

Die folgende Interventionstechnik, die Rudolf als „klärende Fragen“ bezeichnet, erinnert stark an die „Klarifizierung“, auch „Konkretisieren“ genannt, welche in der kognitiven Verhaltenstherapie Anwendung findet (Lang & van der Molen, 2004). Rudolf legt hier die Betonung auf die Notwendigkeit der Mitteilung anstelle „wortlosen Verstehens“, mit welchem der strukturell defizitäre Borderline-Patient nicht umzugehen wüsste. Genauso findet sich zu Rudolfs (2006a) „aufzeigenden und hypothesengeleiteten Interventionen“, mithilfe derer der Therapeut auf Zusammenhänge, Parallelen, Widersprüche oder Lücken aufmerksam macht, das kognitiv-verhaltenstherapeutische Pendant der „Konfrontation“ (Lang & van der Molen, 2004), wie Rudolf (2006a) diese Technik mitunter selbst nennt. Sie ist eine von vier Interventionen, die in der Strukturbezogenen Psychotherapie zentral stehen. Die zweite Technik in diesem Kader ist die der „strukturierenden Interventionen“, welche eine aktive Unterstützung des Patienten beim Planen, Vorsorgen und Begrenzen bedeutet. Die dritte bezieht sich auf die „antwortende Mitteilung“, die auf Heigl-Evers und Heigls (1987) Prinzip „Antwort“ zurückgeht, welches die Beiden bereits in den 80er Jahren dem Prinzip „Deutung“ gegenüberstellten und ein therapeutisches Vorgehen empfahlen, das weniger auf die Bearbeitung intrapsychischer Vorgänge, sondern vielmehr auf die Veränderungen des interpersonellen Verhalten des Patienten abzielt (Rudolf, 2007). Die „antwortende Mitteilung“ der Strukturbezogenen Psychotherapie bezieht das emotionale Erleben des Therapeuten in die therapeutische Situation mit ein – z.B. das Gefühl von Sorge – und unterstreicht aus den unterschiedlichen therapeutischen Positionen und Haltungen heraus *„akzeptierend-identifikatorisch, aber auch konfrontativ“* (Rudolf, 2006a, S.133) dessen Differenz zum Erleben des Patienten.

Als vierte Technik hebt Rudolf (2006a) die „Spiegelung“⁸⁶ hervor, welcher er eine ausführlichere Beschreibung zuteil werden lässt und sie als bedeutendste Interventionsstrategie der Strukturbezogenen Psychotherapie bezeichnet. *„Spiegelung bedeutet, dass der Therapeut dem Patienten mitteilt, was er als Muster von dessen Verhalten wahrnimmt und wie er es emotional erlebt“* (ebd., S.132), oder kurz gesagt: der Therapeut stellt dem Patienten seine Wahrnehmung zur Verfügung (Rudolf, 2007). Die Spiegelung werde vom Therapeuten auf Zumutbarkeit und Nützlichkeit hin über-

⁸⁶ auch „spiegelnde Beschreibung“ oder „spiegelnde Äußerung“ genannt (siehe Rudolf, 2006a, S.132 – 133)

prüft und rufe in der Regel wenig Widerstand hervor, da sie nichts Abgewehrtes aufdecke, erklärt Rudolf (ebd.), vielmehr eine aus impliziten Einstellungen stammende „Tatsache“ benenne. Er fügt hinzu: *„Wenn beim Patienten durch Spiegelung Unbehagen ausgelöst wird, z.B. Gefühle der Hilflosigkeit, Beschämung oder Verzweiflung, bewegen sich diese auf einer eher bewusstseinsnahen Ebene und stammen nicht aus tief unbewussten, verdrängten Bereichen“* (S.132).

Zwei weitere Interventionen, die Rudolf vorstellt, klingen zunächst, als verberge sich dahinter ein sehr charakteristisches Merkmal der Strukturbezogenen Psychotherapie: die „Einladung zur Selbstreflexion“ und die Interventionen des Therapeuten als „Chronist für die Erfahrungen des Patienten“. Ersteres ist zwar auf das spezielle Ziel der Verbesserung der mentalisierenden Fähigkeiten gerichtet, dem sich die Strukturbezogenen Psychotherapie verpflichtet fühlt. Rudolf bietet an dieser Stelle jedoch keine weiterführende Beschreibung an und überlässt den Leser seiner eigenen Interpretation. Kann sich diese Intervention also nicht durchaus verschiedener Techniken bedienen, wie beispielsweise der „Anregung zur psychischen Produktion“, des Klarifizierens oder Konfrontierens? In diesem Falle nimmt diese Intervention situativ abhängig die Gestalt einer anderen Technik an, um – und das wäre das Charakteristikum – *zielgerichtet* im Hinblick auf das Erlernen und Einüben einer spezifischen strukturellen Fähigkeit zu wirken.

Die gleiche Frage stellt sich im Hinblick auf die zweite, eben genannte Intervention, die sich auf die Tätigkeit des Therapeuten als „Chronist“ bezieht. Diese therapeutische Aufgabe wurde in dieser vorliegenden Arbeit bereits bezüglich der Rolle der Struktur in der Strukturbezogenen Psychotherapie erwähnt (vgl. 2.5.2), und beinhaltet unter anderem das Sammeln von Episoden der biografischen Erfahrung, der Affekte oder der gemeinsamen Therapieerfahrung in der Rolle des „guten Zuhörers“, der diese Erinnerungen aufbewahrt und sie dem Patienten bei Bedarf zur Verfügung stellt. Um diesen retrospektiven Bezug herzustellen, können wohl ebenso unterschiedliche Techniken herangezogen werden, wie für die „Einladung zur Selbstreflexion“. Fungiert diese Intervention als Dokumentation der erreichten Therapiefortschritte, kann der Patient in seiner Selbstwirksamkeit bestärkt werden.

Rudolf empfiehlt auch noch andere methodische Merkmale im Umgang mit strukturellen Störungen; erwähnt – hier und da – mögliche Vorgehensweisen.⁸⁷ Er führt viele von ihnen jedoch weder strukturiert noch eingehend aus. Dieser Umstand könnte dafür sprechen, dass Rudolf beim Therapeuten eine flexible, vielleicht auch selbstreflektierte Grundhaltung voraussetzt, die sich auch in Bezug auf den Einsatz von Behandlungsinterventionen hoch individuell auf den jeweiligen Patienten einstellt, welchen strukturellen Anteil dessen Störung auch haben mag und wie sich der Kontakt und die therapeutische Arbeit gestaltet.

⁸⁷ Rudolf (2007) empfiehlt beispielsweise auch das verstärkende Aufgreifen positiver Affekte, *„was bei Borderline-Patienten im Hinblick auf das fehlende Erleben von Freude und Zufriedenheit von besonderer Bedeutung ist“* (S.95), oder spricht die Empfehlung aus, an den Stellen, an denen der Patient noch nicht selbst die Verantwortung für sein Tun übernehmen könne, durch Treffen von Vereinbarungen in Bezug auf bedrohliche und dysfunktionale Verhaltensmuster eine äußere Struktur zur Verfügung zu stellen, wobei der wichtigste Pakt den andrängenden suizidalen Impulsen gelte (Rudolf, 2006a).

2.5.8 Therapieziele der Strukturbezogenen Psychotherapie

Zusammenfassend ist es das übergeordnete Ziel der Strukturbezogenen Psychotherapie, unzureichend verfügbare strukturelle Funktionen zu entwickeln, zu erproben und einzuüben. Für strukturelle Einschränkungen, die zunächst nicht verändert werden können, gilt es Bewältigungsmöglichkeiten zu finden (Rudolf, 2006a). Letztlich ist es die Zielsetzung der Strukturbezogenen Psychotherapie, die Integration des Strukturniveaus, sowohl auf kognitiver als auch regulativer, emotionaler und Bindungsebene zu verbessern. Dies lässt sich anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) bzw. der Strukturdiagnostik nach OPD nachvollziehen.

Im Zuge der Zielsetzung der Strukturbezogenen Psychotherapie ist es wichtig, die Selbstwirksamkeit des Patienten zu fördern. Dies bedeutet, dass der Patient in der Affektregulierung therapeutisch unterstützt wird und die Herstellung sowie Aufrechterhaltung von Beziehungen erarbeitet wird. Zentral hierfür steht das Erleben und Differenzieren von Affekten als Voraussetzung des Selbstverständnisses sowie eine stabile Selbst-Objekt-Differenzierung, als Voraussetzung für das kommunikative Verstehen anderer und die Fähigkeit zur empathischen Einfühlung (Rudolf, 2007). *„Stets geht es um das innere Bewahren positiver Beziehungserfahrungen als Voraussetzung für die Fähigkeit zur Selbstberuhigung“* (S.93) und das Potenzial, innere psychische Vorgänge wahrzunehmen und selbstreflexiv zu nutzen. Dies stellt den Bezug zum oben bereits erwähnten Ziel der Strukturbezogenen Psychotherapie her, die Mentalisierungsfähigkeit zu verbessern (vgl. 2.5.4).

Voraussetzung für das Erreichen der Behandlungsziele ist eine akzeptierende und eigenverantwortliche Haltung des Patienten seinen strukturellen Mustern gegenüber. Der Patient soll also in die Lage gebracht werden, die Verantwortung für sich und sein Tun übernehmen zu können und damit auch *„weniger rächend, strafend, zerstörerisch mit sich und anderen zu verfahren lernt“* (Rudolf, 2007, S.95). *„Es geht also nicht primär um Einsicht, sondern um Bewältigung und letztlich um Verantwortungsübernahme durch den Patienten“* (S.107), verdeutlicht Rudolf (2006b) und schlägt eine Brücke zur angestrebten Befähigung des Patienten zu ethischem Verhalten (Rudolf, 2007).

2.5.9 Forschungsergebnisse der Strukturbezogenen Psychotherapie

Bislang liegen noch keine Ergebnisse kontrollierter Studien vor, welche die Anwendung Strukturbezogener Psychotherapie bei Borderline-Patienten im Vergleich mit anderen Therapieansätzen überprüfen. Doch wiesen therapeutische Erfahrungsberichte darauf hin, so berichtet Rudolf 2006 in seinem Buch zur Strukturbezogenen Psychotherapie, dass eine strukturelle Stabilisierung zu Beginn einer Therapie, bei einem strukturell vulnerablen Patienten, zu besseren Behandlungsverläufen und – ergebnissen führte, als in einer Therapie, die unabhängig vom Strukturniveau nach strikt psychoanalytischem Vorgehen durchgeführt werde. Ein paar Jahre später, 2010, spricht Rudolf davon, dass sich das Konzept der Strukturbezogenen Psychotherapie im stationären Setting an Kliniken und in der ambulanten psychotherapeutischen Praxis

inzwischen bewährt habe, insbesondere bei jungen Erwachsenen und Jugendlichen; im Kreis der psychodynamischen Psychotherapeuten findet es eine große Resonanz, und „darüber hinaus auch im Bereich der Sozialpädagogik und Jugendhilfe“ (S.134).

3 Kritisch diskutierter Vergleich von TFP, MBT und der Strukturbezogenen Psychotherapie

3.1 Vergleichende Überlegungen zu den Manualen und Anwendungsspektren

Einen Vergleich der nun vorgestellten Trias der Borderline-Behandlungsansätze möchte ich mit einigen Überlegungen zu den jeweiligen Manualen beginnen – dem, was man für eine Auseinandersetzung mit den Verfahren als erstes in der Hand hält. Wurden meine Eindrücke zu den drei Handbüchern⁸⁸ bereits in den jeweiligen Besprechungen der Verfahren dargelegt, sollen diese hier zusammengefasst und diskutiert werden. Eine eventuell übertreibende Färbung der Darstellungen ist – um der verdeutlichenden Herausarbeitung der Unterschiede und Gemeinsamkeiten willen – so nehme ich an, zu verzeihen.

Das Handbuch der Kernbergschen TFP vermittelt mir den Eindruck, das psychoanalytische Vorgehen hierarchisiert, zielgerichtet und geradezu „technologisiert“ umzusetzen, so dass der psychoanalytische Hintergrund stetig verblasst. Ein Bild kommt mir in den Sinn: der Therapeut wird von dem Manual mithilfe technischer Vorgaben fest an die Hand genommen, damit dieser wiederum den Patienten mit fester Hand auf konkreten Wegen durch ein *theoretisch* bereits erschlossenes Labyrinth führen kann (vgl. 2.3.1). Was das TFP-Manual bietet, ist stabiler Halt; sowohl für den Therapeuten als auch für den Patienten. Dies kann man durchaus als Stärke des Verfahrens anerkennen, da dieser Halt vom Patienten – besonders zu Beginn der Behandlung – gebraucht wird; darin sind sich Vertreter psychodynamischer Borderline-Behandlungsansätze allgemein einig (vgl. Waldinger, 1987), ebenso die drei betrachteten Verfahren. Doch könnte man hier gleichermaßen die Frage stellen, inwiefern dieser Halt, oder – anders bezeichnet – diese festen Vorgaben, den Therapeuten bei einer flexiblen, auf den individuellen Patienten angepassten Umsetzung der Prinzipien hemmen; es ist bekannt, dass die Arbeit mit Borderline-Patienten dem Therapeuten eben gerade eine „strukturierte Flexibilität“ abverlange (Dammann, 2007).

Entgegengesetztes zeichnet das Handb der Strukturbezogenen Psychotherapie nach Rudolf aus: es ermöglicht dem Therapeuten eine flexible Umsetzung seiner sorgfältig beschriebenen Prinzipien, angepasst an den individuellen Patienten, dessen Störung einen – wie auch immer ausgeprägten – strukturellen Anteil hat. Natürlich setzt er damit diese Fähigkeiten beim Therapeuten zugleich voraus. Jedoch möchte ich hier auch auf meine oben bereits formulierte Vermutung verweisen, die Rudolfs Anliegen betrifft, welches er anhand seines Manuals zur Strukturbezogenen Psychotherapie verfolgt (vgl. 2.5.1): meiner Ansicht nach liegt es viel weniger in Rudolfs Absicht,

⁸⁸ Zu den Ausgaben der Manuale, auf die sich diese Überlegungen beziehen: vgl. 2.2, letzter Absatz

dem Praktiker eine erschöpfende Behandlungsanleitung an die Hand zu geben, als auf die spezifischen Bedürfnisse von Patienten mit strukturellen Defiziten hinzuweisen und einer Offenheit der Modifizierung psychoanalytischer Verfahren den Weg zu bahnen.

Das MBT-Manual nach Bateman und Fonagy steht dem der TFP qua strategischer Therapieprinzipien sowie Vorschlägen zu deren Implementierung in nichts nach. Auch die Bedeutung der Wahrung eines stabilen Behandlungsrahmens wird nachdrücklich betont. Die Handhabung des TFP-Manual erscheint im Vergleich zu dem der MBT jedoch leichter und effektiver. Das MBT-Handbuch macht es wohl insbesondere dem Praktiker, dem es an schnellem Nachschlagen gelegen ist, mit seiner enormen Fülle an theoretischen Ausführungen und der, wie ich finde, etwas schwer zugänglichen Strukturierung⁸⁹ des Buches schon etwas schwerer.

Andererseits vermittelt mir das Handbuch der MBT, im Vergleich zu dem der TFP, ein wenig mehr den Eindruck – ähnlich der Strukturbezogenen Psychotherapie – dem Therapeuten die Wahl der Mittel zu überlassen, um den fundierten Prinzipien der MBT – angemessen flexibel – zu folgen und Behandlungsziele zu erreichen.⁹⁰ Diesbezüglich gilt es jedoch ebenfalls zu bedenken, dass sich die MBT weniger als „Therapie“, sondern vielmehr als „Technik“ bzw. „Konzept“ versteht, das mentale Prozesse in Gang bringen will und in zahlreichen Therapieformen untergebracht werden könnte; somit war es vermutlich nicht das Anliegen von Bateman und Fonagy (2008a), dem Leser des Manuals eine umfassende Therapieanleitung zu offerieren.

Hier möchte ich noch einmal auf den Aspekt der Flexibilität der manualisierten Therapieansätze zu sprechen kommen: mit einem kritischen Blick auf das Manual der Strukturbezogenen Psychotherapie kann – neben der Anerkennung der methodischen Offenheit – ebenso die Frage aufkommen, inwiefern es den (weniger erfahrenen) Behandler in jenen kritischen Situationen, in welchen der Therapeut sich – ganz pragmatisch – keinen Rat weiß, im Regen stehen lässt? Die MBT bietet hier doch einen vergleichsweise dichteren, und dennoch flexiblen, Leitfaden an. Im Hinblick auf eine gewisse Rigidität, die mit einer „starken“ Manualisierung eines Verfahrens, wie das der TFP oder auch der MBT, naturgemäß einhergeht, schlägt Dammann (2007) das Bild von einem Geländer vor, an dem sich der Therapeut in Momenten höchster Bedrohung und Verwirrung festhalten könne, um dem Patienten seine eigene Fähigkeit weiterhin klar denken zu können, zu demonstrieren; genau diese Fähigkeit sei es, die dem Patienten fehle. *„Ohne die spezifischen, für Borderline-Patienten ausgearbeiteten Techniken würde der Therapeut möglicherweise in solchen Momenten diese Fähigkeit*

⁸⁹ Kleiner Nebenkommentar: Dieser Eindruck kann auch beeinflusst sein durch das, zumindest in der deutschsprachigen Erstausgabe von 2008 elf Seiten umfassende Inhaltsverzeichnis, welches sich zu einem großen Teil in nicht leicht zu lesender Majuskelschrift für die Kapitelüberschriften vieler Begriffe bedient, die sich erst mit dem Lesen des betreffenden Kapitels mit Bedeutung füllen. Das TFP-Handbuch hingegen, bietet in all seiner Strukturiertheit mit seiner klaren Kapiteleinteilung einen übersichtlichen Wegweiser durch das, wenn auch nur halb so dicke Buch, wie das MBT-Manual.

⁹⁰ Es fällt auf, dass die TFP ihr strategisches und technisches Vorgehen im Handbuch eher über Angabe des empfohlenen Handelns oder Instruments formuliert (z.B. „Definieren der dominanten Objektbeziehungen“, „Klärung“ oder „Einhaltung der Themenrangfolge“), das MBT-Manual hingegen ihre Strategien anhand der angestrebten Konzepte oder der fokussierten Themen (z.B. „Impulskontrolle“ oder „Neid“) betitelt. Ich werte dies als Indiz für die „technologisierte“ Tendenz, die der TFP zueigen scheint bzw. eine größere methodische Freiheit im Rahmen der MBT.

zur *mentalierenden Analyse verlieren*" (S.252). Der Halt, den das manualisierte Verfahren dem Therapeuten bietet, kann überdies schließlich etwas anderem, übergeordnet Wirksamem Raum geben, sich zu entfalten (Dammann, 2007).

Die bisherigen Überlegungen können zu einer weiteren Frage führen: für *wen* ist *welches* der Verfahren – in Anbetracht der Manuale – wohl am besten geeignet?

Sowohl die Einschätzung des strukturellen Integrationsniveaus nach OPD, welche entlang eines *Kontinuums* zwischen Desintegration und guter Integration erfolgt (vgl. 2.5.3) als auch die neun DSM-Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung, von denen nur fünf für die Diagnose erfüllt sein müssen (vgl. 1.6) veranschaulichen, was – etwas flapsig – formuliert werden kann, wie folgt: ein „Borderliner“ ist nun einmal nicht gleich ein „Borderliner“.

Trägt Rudolf mit seinen raren technischen Empfehlungen der Tatsache Rechnung, dass die Störung eines Borderline-Patienten nicht „pauschal“ in allen Merkmalen dem entspricht, was man als schwere Persönlichkeitsstörung einordnet und in einem detailliert geplanten und streng festgelegten Therapieprogramm, vergleichbar dem der TFP, aufgenommen werden *muss*? Hat die Strukturbezogene Psychotherapie ein breiteres Anwendungsspektrum als die TFP, allein deshalb, weil die TFP einen durchdachten, ausgearbeiteten Rahmen bietet, der sich gut für schwer gestörte Borderline-Patienten zu eignen scheint?

Zum einen muss man hier anmerken, dass sowohl die Strukturbezogene Psychotherapie als auch die TFP in ihren Manualen die Möglichkeit einräumen oder Empfehlungen aussprechen, Prinzipien ihrer Therapieform auf andere Therapieverfahren zu übertragen; damit sind die Einsatzmöglichkeiten von Prinzipien bzw. Elementen beider Verfahren um ein vielfaches erweitert.⁹¹

Zum anderen gilt es auch zu bedenken, dass die TFP als eigenständige Behandlungsform ihre spezifischen Strategien und Techniken durchaus nur in dem Rahmen implementiert, in dem sie notwendig erscheinen; kann das Strukturniveau eines Patient erfolgreich angehoben werden, steht die TFP einer angemessenen Veränderung ihrer Methoden offen gegenüber.⁹² Dennoch, oder gerade deshalb, erweckt die TFP bei mir – zugegebenermaßen auf klinisch unerfahrener Intuition beruhend – den Eindruck, die geeignete Anlaufstelle für schwere Ausprägungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu sein, die auch den extrem agierenden Patienten auf niederem Strukturniveau auffangen kann. Was die *Interventionstechniken* der TFP in ihrer Anwendbarkeit auf einen solchen Patienten betrifft, ist eine andere Frage, die im weiteren Verlauf dieser Diskussion behandelt werden soll.

Da die MBT, wie gerade noch einmal wiederholt, eher eine Technik als eine Therapieform ist, steht sie bezüglich ihres möglichen Anwendungsspektrums wohl

⁹¹ Andererseits könnte man argumentieren, dass die Übernahme von Strategien und Techniken anderer Verfahren, in das „eigene“ manualisierte Verfahren ein „Verstoß“ gegen das „eigene“ Manual sei und daher nicht möglich.

⁹² Dammann, et. al (2000) schreiben diesbezüglich, dass die Behandlung bei erfolgreichem Verlauf oftmals mehr und mehr die Züge einer psychoanalytischen Behandlung nach der Standardtechnik annehmen könne; Die Aktivität des Analytikers könne dann reduziert werden, da der Patient Schweigen von Seiten des Therapeuten aufgrund der gewachsenen Ich-Stärke besser ertragen könne. „Manchmal kann die TFP dann sogar in eine *eigentliche Psychoanalyse münden, wo genetische Deutungen wichtiger werden. Es sollte allerdings nicht das Ziel sein, alle Borderline-Patienten in eine liegende Therapie zu überführen*“ (S.477-478).

außer Konkurrenz. Bateman und Fonagy (2011) gehen davon aus, dass die MBT auf alle psychischen Störungen anwendbar sei, deren zentrale Defizite in der Mentalisierungsfähigkeit lägen bzw. einen geeigneten Ansatzpunkt für die Behandlung böten (vgl. 2.4.1). Im Manual der MBT wird außerdem ein möglicher Implementierungsweg der wichtigsten Verfahrensmerkmale vorgestellt, der dem Leser dabei helfen soll, Elemente des mentalisierungsbasierten Verfahrens in der eigenen täglichen Praxis anzuwenden und dessen Techniken in seine Arbeit zu integrieren, sowie darauf zu achten, einen umsichtig organisierten Behandlungsrahmen – bestenfalls mithilfe eines multidisziplinären Teams – zur Verfügung zu stellen (Bateman & Fonagy, 2008).

3.2 Vergleichende Überlegungen zu den Behandlungszielen und den Wegen zu diesen

Nimmt man sich jener Ziele an, die von den drei Behandlungsverfahren angestrebt werden, fallen große Gemeinsamkeiten auf; die Wege zu ihnen scheinen sich jedoch durch große Unterschiede auszuzeichnen.

Einen auffallenden gemeinsamen Nenner der Behandlungsziele stellt zunächst die Mentalisierungsfähigkeit dar. Bei allen drei Verfahren taucht die Verbesserung reflexiver Fähigkeiten, die eine Grundlage für ein kohärentes Selbstgefühl und Bindungsfähigkeit darstellen, unter den Behandlungszielen auf. Dem Konzept und dessen therapeutischer Förderung nähert sich jedes der drei von seinen theoretischen Grundannahmen her.

Die MBT, bei der die Mentalisierung im konzeptuellen sowie methodischen Mittelpunkt steht, formuliert die Annahme, ein Defizit in dieser Fähigkeit könne entweder entwicklungspsychologisch sehr früh verortet werden und aus unzuträglichen frühesten Beziehungserfahrungen hervorgehen, oder bzw. und durch ein Bindungstrauma verursacht werden. In diesem letzteren Fall werde die psychische Intentionalität des Täters „abgewehrt“, könne jedoch nicht „verschwinden“ und existiere in der Psyche des Patienten weiter, ohne integriert zu werden (vgl. 2.4.2). Hier handele es sich, laut MBT, jedoch durchaus nicht um eine abgespaltene Partialobjektrepräsentanz. Damit ist eine Brücke zu einer Unterscheidung von der TFP geschlagen; jene nimmt – wie im Laufe dieser Arbeit ausführlich beschrieben – genau diese internalisierten Repräsentationen in den Fokus ihres Therapiekonzepts und betrachtet die Mentalisierungsfähigkeit, unter anderem, als Ergebnis derer Integration und der damit einhergehenden strukturellen Veränderung. Um eine abgespaltene Partialobjektrepräsentation mental jedoch überhaupt *bilden* zu können, so lautet die Annahme der MBT, sei die Fähigkeit zur Mentalisierung erforderlich.

An dieser Stelle frage ich mich, ob sich die Entwicklung mentalisierender Fähigkeiten und die Ausbildung von Selbst- und Objektrepräsentanzen nicht durchaus zeitgleich – gewissermaßen „Hand in Hand“ – in der inneren Welt des kleinen Kindes vollziehen, so dass ein Streit um „Huhn oder Ei“ – was war zuerst da? – gar nicht erst zu entstehen bräuchte. Eine Antwort bieten neuere entwicklungspsychologisch fundierte Ansätze, beispielsweise nach Stern, die Hinweise darauf liefern, dass im Individuum

schon sehr früh eine Matrix vorhanden sei, welche differenzierte, wenn auch noch rudimentäre Bilder von Selbst und Objekt entstehen ließen (Dammann, 2007). „Durch den Spracherwerb einerseits, aber insbesondere durch die affektiv bedeutsamen Ereignisse (libidinöser wie aggressiver Art) kommt es zu einer zunehmenden Entwicklung von sensomotorischen Schemata über präsymbolische bis schließlich zu symbolischen Repräsentanzen“ (ebd., S.241) und parallel komme es zur Bildung von Selbst- wie Objektrepräsentanzen.

Doch will ich mir die TFP in ihrer Beziehung zur Mentalisierung noch genauer ansehen, indem ich vom Behandlungsziel der integrierten Objektbeziehungsdyaden einen Schritt zurück gehe und als Ausgangspunkt meiner Überlegungen das Geschehen in der therapeutischen Arbeit wähle: aus Sicht der TFP stärke die Arbeit in der Übertragung, unter anderem, die Fähigkeit des Patienten, sein Affektleben kognitiv zu repräsentieren und zu „containen“. Dieses bringe wiederum eine Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit mit sich, oder wie Yeomans und Diamond (2011) es nennen: die Fähigkeit, das Übertragungsgeschehen zu reflektieren und zu symbolisieren (vgl. 2.4.3). Anders formuliert bedeutet dies, laut TFP sei eine Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit das Verdienst der Arbeit in der Übertragung, zugleich aber auch Voraussetzung für eben diese Arbeit in der Übertragung. Geht man davon aus, dass es sich hier nicht um einen unbemerkten Widerspruch innerhalb des TFP-Konzepts handelt, ist festzuhalten, dass die Mentalisierungsfähigkeit sowohl der Übertragungsarbeit diene als auch gestärkt aus ihr hervorgehe. Was ist es also eigentlich, worin bzw. woran die TFP in der Behandlung arbeitet?

Rudolf (2007) ist überzeugt, dass ein Borderline-Patient mit Mentalisierungsdefizit von dieser Technik überfordert sei. Darin ist er sich mit Bateman und Fonagy (2008a) einig: die Übertragungsdeutung und der Versuch, die aktuelle Situation aus der Vergangenheit zu erklären, seien keine brauchbaren Instrumente für die Behandlung von Borderline-Patienten. Steiner (1994, zit. nach Dammann, 2006) erklärt, dass die Übertragungsbeziehung oft mit Angst aufgeladen sei, mit welcher der Patient nicht umgehen könne. Beharre der Therapeut darauf, dem Patienten durch Deutungen zu erklären, was er fühle, denke und tue, erlebe dies der Patient als Mangel an „Containment“ „und fühlt, dass der Analytiker die projizierten Elemente zu ihm zurückstößt“ (ebd., S.81).

Warum aber kann die TFP Behandlungserfolge vorweisen, wenn ihr Vorgehen von anderen erfahrenen Wissenschaftlern und Praktikern stark in Frage gestellt wird? Handelt es sich im Rahmen der TFP tatsächlich um „Übertragungsdeutungen“ im Sinne der psychoanalytischen Tradition? Vielleicht ist es der sorgfältigst gewährte therapeutische Rahmen, der die Therapiesituation „von außen“ derartig stabilisiert, dass Angst und Verwirrung beim Patienten abgefangen werden. So erklärt die TFP-Gruppe rund um Kernberg das „Geheimnis“ ihrer Interventionstechnik (vgl. 2.4.2). Auch muss man anmerken, dass genetische Deutungen in der TFP erst in einer späteren Behandlungsphase eingesetzt werden, wenn Ambivalenz vom Patienten besser ausgehalten werden könne. Davor sei es für den Therapeuten wichtiger, zu beobachten, *wie* der therapeuti-

sche Prozess verlaufe; dem Inhalt der Übertragung werde erst im Laufe der Behandlung mehr Beachtung zuteil (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2008).

An dieser Stelle muss ich an den Umgang der MBT mit der Übertragung denken: dort geht es darum, die Übertragung zu „mentalalisieren“. Bateman und Fonagy nehmen an, dass es sich bei diesem Hauptelement ihrer Behandlungstechnik um etwas von der TFP sehr Verschiedenes handle: die Übertragung werde nicht im Hinblick auf ein Wiedererleben oder eine Rekonstruktion vergangener Beziehungserfahrungen gedeutet, sondern die Aufmerksamkeit des Patienten werde auf die Übertragung als reale aktuelle Erfahrung im Hier und Jetzt gelenkt, um diese „mentalisierend“ zu bearbeiten. Hierbei gehe es insbesondere darum, die mentalen Zustände mit den erlebten Affekten zu verknüpfen (vgl. 2.4.3). Nichts anderes empfehlen Yeomans und Diamond (2011) bezüglich der TFP, wenn sie erklären, es gelte die Übertragungsdeutungen auf Affekte zu fokussieren, um intellektualisierendes Deuten zu vermeiden;⁹³ damit wäre laut MBT eine Voraussetzung für erfolgreiches Mentalisieren in der therapeutischen Situation erfüllt. Nähert sich die TFP damit der MBT an, da auch sie inzwischen von der Bedeutung der Mentalisierung in der Borderline-Therapie überzeugt ist? Oder ist es vielmehr die MBT, die der „größeren Schwester“ TFP näher ist, als auf den ersten Blick vermutet? Natürlich gibt es offenkundige Unterschiede zwischen den beiden Verfahren; so bedient sich die TFP metaphorischer Deutungen anhand der Benennung von Rollenpaaren, um internalisierte, die innere Struktur schaffende Objektbeziehungsdyaden zu reaktivieren (vgl. 2.3.2) – entsprechend der Überzeugung, Mentalisieren genüge nicht, es bedürfe der Deutung – und die MBT versucht aus einer Haltung in „mittlerer“ emotionaler Distanz sowie eine „zu“ intensive Übertragungsbeziehung vermeidend, mit dem Patienten gemeinsam das Übertragungsgeschehen zu „mentalisieren“ (vgl. 2.4.6).⁹⁴ Dennoch sehe ich, den obigen Überlegungen entsprechend, eine größere methodische Nähe zwischen den beiden Verfahren, als man der Terminologie und den postulierten Prinzipien nach vermuten könnte.

Und wie sieht es im Hinblick auf das methodische Vorgehen bezüglich der Übertragung sowie auf die Annäherung an das Konzept und die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit mit der Strukturbezogenen Psychotherapie aus? Wie oben erneut aufgegriffen, distanziert sich Rudolf mit seiner Strukturbezogenen Psychotherapie von der Technik der Übertragungsdeutung: der Therapeut biete sich dem Patienten nicht als Übertragungsobjekt an, sondern stelle sich als „entwicklungsförderndes Gegenüber“ zur Verfügung, um nicht in einer therapeutischen Dyade, sondern in der Triangulierung zu arbeiten; dabei wird die Übertragung vom Therapeuten registriert, jedoch

⁹³ Deutung solle im Sinne der TFP auch immer als durch den Therapeuten angebotene Arbeitshypothese verstanden werden, die keinen Anspruch auf Unfehlbarkeit erhebe, kommentiert Dammann (2006).

⁹⁴ Die Übertragung zu „mentalisieren“ bedeutet, verbale Verbindungen zwischen dem aktuellen Beziehungsgeschehen in der therapeutischen Situation und den mentalen Prozessen inklusive der Affekte herzustellen. So unterscheiden sich TFP und MBT im Umgang mit der Übertragung folglich und den obigen Ausführungen zufolge überwiegend in drei Merkmalen: in der Herstellung des Vergangenheitsbezugs, in der „Reichweite“ der Übertragung und in der Verwendung von Metaphern. Berücksichtigt man, dass die TFP sich – wie eben erwähnt – erst in späteren Behandlungsphasen genetischer, vergangenheitsbezogener Deutungen bedient, und vernachlässigt die zweite Variable, da die Regulierung der „Übertragungsreichweite“ nicht vollständig in den Händen des Therapeuten liegen kann, braucht man sich nur zu vergegenwärtigen, dass der Patient *selbst* metaphorische Sprachweisen vorschlagen könnte, um – zumindest für die frühe Phase der Behandlung – die diesbezüglichen Unterschiede zwischen den beiden Verfahren verschwinden zu sehen.

nicht therapeutisch benannt (vgl. 2.5.3). Regressive Prozesse sollten entsprechend aktiv vermieden werden, wie es gleichermaßen von der MBT empfohlen wird.

Da die Struktur in der Strukturbezogenen Psychotherapie „das Selbst in seiner Beziehung zu den Objekten“ zum erklärten Gegenstand hat (vgl.2.5.2), zieht sich die Mentalisierungsfähigkeit mit ihrer selbstreflexiven und ihrer interpersonellen Komponente wie ein Leitmotiv durch das Strukturkonzept nach OPD (vgl. 2.5.5); tatsächlich lässt sich meinem Urteil nach, in beinahe jedem Strukturfokuspunkt der Struktur-Checkliste ein Element ausmachen, das mit dem Prozess des Mentalisierens in Verbindung steht. Auch wenn sich Rudolfs Strukturbegriff nicht gänzlich im Konzept der Mentalisierung unterbringen lässt, so kann man wohl durch die Auseinandersetzung mit der Beziehung zwischen der Strukturbezogenen Psychotherapie und der reflexiven Fähigkeiten einen erheblichen Anteil dessen erklären, was bei diesem Verfahren durch „strukturelle Nachreifung“ erreicht werden soll oder wird: die Förderung mentalisierender Fähigkeiten.

Diese vollziehe sich, Rudolf zufolge, in der Strukturbezogenen Psychotherapie dergestalt, dass der Therapeut sich aus einer nicht deutenden Haltung des Nicht-Wissens heraus, gemeinsam mit dem Patienten vom Standpunkt eines „Dritten“ schwieriger, in erster Linie interpersoneller Aspekte im Leben des Patienten (Rudolf, 2006a) annehme (vgl. 2.5.5). Der Unterschied zur „Mentalisierung der Übertragung“ nach MBT, liegt hier, so verstehe ich es, vorrangig im Gebrauch zwischen der ersten und dritten Person. Schult nicht die Überlegung „Was würde ein Dritter im Raum nun wohl denken oder fühlen?“ ebenso wie die Frage „Was fühle und was denke ich?“ reflexive Fähigkeiten? Die Akzentverschiebung liegt hier bei der Unterscheidung des selbst-reflexiven und des interpersonellen Charakters der Mentalisierung. Für eine theoretisch fundierte Beurteilung dessen, ob es eher die Förderung der selbst-reflexiven Komponente oder die der interpersonellen ist, welche den Ausschlag bei der Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit gibt, bedürfte es von meiner Seite noch tiefer gehender Recherche.

Für den Vergleich mit der TFP bietet Rudolf (2006a) folgende Annahme an: er behauptet, was in der TFP als Übertragungsdeutung betitelt würde, beziehe sich häufig auf die vom Patienten gestaltete Atmosphäre und in der therapeutischen Situation würden dessen aktuelle Affekte und deren zugrunde liegende dysfunktionale Beziehungsmuster bearbeitet. Die Ähnlichkeiten zur Strukturbezogenen Psychotherapie wären damit offenkundig. Und worin unterscheidet sich dieses Vorgehen noch von dem der MBT?⁹⁵ An dieser Stelle scheint es mir nicht ausschlaggebend, ob man nun das interpersonelle Geschehen in der Therapiesituation als „gestaltete Atmosphäre“ bezeichnet, oder der Übertragung eine Omnipräsenz im zwischenmenschlichen Kontakt zugesteht; Parallelen zwischen allen drei Verfahren zeichnen sich, meiner Meinung

⁹⁵ Rudolf versucht mit seinem empfohlenen therapeutischen Vorgehen die Problematik des Patienten sozusagen „von außen“ – in Entsprechung mit seinem Verständnis der Borderline-Störung (vgl. 2.5.5) – einem „interpersonellen“ Ausgangspunkt her, anzupacken, nicht von einem „intrapsychischen“. Ähnliches strebt, den bisherigen Ausführungen zufolge, die MBT an. Ein therapeutisches Vorgehen „von innen“ – um bei der räumlichen Terminologie zu bleiben – könnte man dahingegen der Absicht der TFP zuordnen: der Therapeut begibt sich „in die Übertragung“, um sich dem intrapsychischen Problem, den pathologischen Objekt-Beziehungsdynamiken, zu widmen. Dass die Grenzen zwischen einer Vorgehensweise „von innen“ und derselbigen „von außen“ jedoch im Falle der drei Verfahren sehr leicht verschwimmen, kann anhand meines diskutierten Vergleiches – sollte es mir geglückt sein, ihn verständlich darzulegen – ein Stück weit nachvollzogen werden.

nach, deutlich ab. Sie tun dies insbesondere in Bezug darauf, dass die therapeutischen Ansätze mit ihrem Vorgehen – vereinfacht gesagt: „Beziehungsgeschehen zu verbalisieren“ – offensichtlich reflexive Fähigkeiten fördern.

Die Wahrung eines stabilen, strukturierten Behandlungsrahmens durch konsequentes Verhalten und die Einhaltung der Vereinbarungen eines individuellen Therapievertrages, ist ebenso wie die Zielsetzung der Mentalisierungsförderung ein gemeinsames Merkmal der drei betrachteten Borderline-Behandlungsansätze. Auch hier werden die Wirkmechanismen, deren Entfaltung durch den konstanten Rahmen ermöglicht werden soll, von der Trias auf unterschiedliche Weise formuliert: die TFP beabsichtigt damit, Agieren des Patienten zu unterbinden, um innerhalb dieses Rahmens internalisierte Objektbeziehungen reaktivieren zu können; die MBT will eben dort die Voraussetzungen für gemeinsames Mentalisieren mit dem Patienten schaffen; die Strukturbezogene Psychotherapie hat die Absicht, innere Struktur anhand eines Zurverfügung-Stellens äußerer Struktur (nach-) reifen zu lassen. Doch wie man den Mechanismus der Veränderung innerhalb eines konstanten, stabilen Rahmens auch nennen mag, ließe sich fragen, ob dieser nicht in allen drei Verfahren – idealiter – zum gleichen Ergebnis führe: einem Patienten, der auf höherem Strukturniveau bzw. besser strukturell integriert, zum Ausdruck seiner inneren Welt kein Agieren mehr nötig hat, sondern ihm mentalisierende Prozesse möglich sind.

Interessant finde ich auch die Frage nach dem Gebrauch von supportiven Techniken. Darin erscheinen die drei Therapieansätze – auf den ersten Blick – nicht einig. Die TFP bezieht als „deutende“ Therapieform die entschiedene Position, sich von supportiven Interventionen deutlich zu distanzieren. Dem Therapeuten, der generell zur Wahrung technischer Neutralität angehalten ist, werden jedoch strategische Abweichungen von dieser Haltung in Ausnahmesituationen zugestanden. Ist der Fortgang der Therapie oder der Patient einer starken Gefährdung ausgesetzt kann das Vorgehen des Therapeuten durchaus supportive Züge, beispielsweise in Form von Ratschlägen, annehmen (vgl. 2.3.6). Doch auch schon die Techniken der „Klärung“ und „Konfrontation“, wie sie bei allen drei diskutierten Therapieansätzen Verwendung finden, ordnen Beutel et al. (2010) in der Mitte eines Kontinuums an, das sich zwischen den Polen „deutend“ und „stützend“ erstreckt. Dort kann auch das empathische Verständnis angesiedelt werden, zu dem die MBT in Situationen emotionaler Erregung beim Patienten rät. Sieht man genauer hin, kommen im Rahmen der TFP auch noch an anderer Stelle unterstützende Maßnahmen zum Zug. Clarkin et al. (2008) schildern folgendes: *„Bei Borderline-Patienten kann das beobachtete Ich mitunter von stärkeren Kräften so sehr in den Hintergrund gedrängt werden, dass es den Anschein hat, als spräche der Therapeut von einer Außenseiterposition aus ohne jeden Bezug zu irgendeinem Anteil im Patienten“* (S.57). In diesen Fällen sei es nötig, dass der Therapeut dem Patienten erläutere, dass er stellvertretend für einen Anteil im Patienten spreche, den dieser momentan abgespalten habe. Eben solche stellvertretenden Funktionsausübungen, wie sie auch die Strukturbezogene Psychotherapie anhand des Zur-

Verfügung-Stellens eines Hilfs-Ichs einsetzt (vgl. 2.5.2), können ebenfalls als supportives Vorgehen angesehen werden (Ermann, 2006b). Die Strukturbezogene Psychotherapie bedient sich auch in Anbetracht ihrer bedeutendsten Interventionsstrategie einer solchen stellvertretenden Ausübung einer psychischen Funktion: für eine „Spiegelung“ stellt der Therapeut dem Patienten seine Wahrnehmung zur Verfügung. Rudolf betont, dass durch diese Technik – im Unterschied zur Deutung – keine tief unbewussten Vorgänge angesprochen würden. So entstünden eventuelle negative Gefühle beispielsweise der Hilflosigkeit oder Scham auf bewusstseinsnahe Ebenen (vgl. 2.5.7). Auch wenn man nun bereits den Eindruck hat, die Strukturbezogene Psychotherapie zeichne sich durch einen supportiven Charakter aus, so geht sie mit der nächsten Intervention noch weiter. Sie empfiehlt strukturierende Interventionen: Patienten erhalten durch den Therapeuten aktive Unterstützung in den Bereichen des Planens, Vorsorgens und Begrenzens (vgl. 2.5.7). Damit ist der Eindruck einer beratenden und begleitenden Haltung des Therapeuten in der Strukturbezogene Psychotherapie abgerundet. *„Je schwerer gestört ein Patient ist oder je akuter seine Probleme sind, desto mehr supportive und desto weniger deutende Interventionen sind erforderlich und umgekehrt“* (S.82), erklären Beutel et al. (2010) und berufen sich dabei auf Luborsky (1995). Borderline-Patienten bräuchten entsprechend mehr supportive Interventionen, um ihr Identitätsgefühl, die Realitätsprüfung bzw. andere Ich-Funktionen aufrecht halten zu können. Gunderson (2005) ist gleichermaßen von deren Bedeutsamkeit für Borderline-Patienten überzeugt; diese sei inzwischen gut belegt (vgl. 2.2). Dieser Forderungen kommen die drei Therapieansätze nach: supportive Züge können in jedem der Verfahren festgestellt werden.

3.3 Überlegungen zu den Forschungsergebnissen und einer empirischen Vergleichsstudie

Versucht man die Forschungsergebnisse der diskutierten Trias der Borderline-Behandlungsansätze miteinander zu vergleichen, wird schnell klar, dass sich dies als ein schwieriges, wenn nicht unmögliches Unterfangen gestaltet. Die Strukturbezogene Psychotherapie fällt hier ganz aus dem Rahmen der Vergleichbarkeit, da für sie bisher noch keine Ergebnisse einer kontrollierten randomisierten Studie bei Borderline-Patienten vorliegen. Die empirischen Daten der anderen Verfahren, MBT und TFP, belegen Erfolge, die sich sehr ähnlich sind (vgl. 2.3.9; 2.4.9), jedoch muss auch hier einschränkend zu bedenken gegeben werden, dass sich die empirischen Untersuchungen der zwei Verfahren in entscheidenden Parametern unterscheiden – zum Teil in ersichtlichen, wie Dauer, Frequenz und Setting, zum Teil in schwer zu ermittelnden, wie Ausbildung und Erfahrung der Behandelnden. Die zwei therapeutischen Ansätze können beide Erfolge auf der Symptomebene (Angst und Depression), hinsichtlich selbstverletzender und suizidaler Tendenzen, im Bereich des (interpersonalen) Funktionsniveaus sowie in Bezug auf die Nutzung medizinischer Dienste und Medikationsnotwendigkeit nachweisen. Überdies liegen im Hinblick auf beide Verfahren Hinweise auf progressive Besserung bestimmter Faktoren vor.

Für die TFP lässt sich außerdem eine Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit belegen, auch wenn sich die TFP diese Fähigkeit nicht als primäres Behandlungsziel setzt. Das Verfahren kann sich hierfür auf unterschiedliche Studien berufen. In den mir vorliegenden Studienergebnissen der MBT hingegen kann ich interessanterweise keine Hinweise auf eine Untersuchung der Variable der Mentalisierungsfähigkeit finden. Bateman und Fonagy (2009) gestehen zwar eine schmale Evidenzgrundlage ein, auf der die Behandlungsergebnisse der MBT beruhen und nehmen Bezug darauf, dass die „Effektcomponenten“ des MBT-Behandlungsprogramms noch im Dunklen lägen. Doch warum, frage ich mich, finde ich keine Belege für die Untersuchung der Mentalisierungsfähigkeit als „Patientenmerkmal“, das es laut MBT zu verändern gilt? Nichts hätte, wenn ich mich nicht irre, die Forscher daran gehindert, diese Variable in ihre bereits durchgeführten Erhebungen einzubeziehen. Begnügt sich die MBT (bisher) also damit, das Mentalisieren als gemeinsames Merkmal aller unterschiedlichen Behandlungselemente des Verfahrens auszuweisen? Dies lässt doch nur einen vermeintlichen Schluss darauf zu, dass es sich bei dem Konzept der Mentalisierung um einen ausschlaggebenden Wirkfaktor handeln könnte. Verdichtet formuliert ist die MBT in ihrer gesamten Technik auf die Arbeit mit den mentalisierenden Prozessen ausgerichtet und hat offensichtlich Erfolg damit. Doch hat sie auch Erfolg im Hinblick auf das Konzept, auf das sie es abgesehen hat? Entsprechende Studien hierfür stehen noch aus, sind für die Möglichkeit einer fundierten Auseinandersetzung mit den Therapieerfolgen und auch dem Vergleich mit anderen Verfahren, aber von unbedingter Notwendigkeit.

Der Versuch eines Vergleichs der Forschungsergebnisse, eine genauere Betrachtung dieser sowie die vorhergegangene Diskussion zu den Gemeinsamkeiten und Unterschieden der drei Verfahren in Bezug auf das Manual und die Anwendungsbereiche sowie die Behandlungsziele und die Wege dorthin, geben Anlass, sich Gedanken zu einer empirischen Vergleichsstudie zu machen. Ziel einer solchen Studie könnte es sein, die spezifischen Veränderungsmechanismen besser nachvollziehen zu können, die in einer Borderline-Therapie wirken, um beispielsweise der Rolle der Mentalisierung in allen drei Verfahren besser nachgehen zu können.⁹⁶

Am Anfang einer solchen Studie – im besten Falle natürlich mit enormer Anzahl an Studienteilnehmern – müsste eine ausführliche Diagnostik anhand validierter, relevanter Instrumente stattfinden; insbesondere, um herausfinden zu können, für welche Ausprägung der Borderline-Störung welches Verfahren am besten geeignet sein könnte und welche Taktiken, Strategien und Techniken sich in welcher Phase der Therapie als förderlich erweisen. Eine umfassende Einschätzung der strukturellen Merkmale und der Mentalisierungsfähigkeit wären hier ebenso relevant, wie eine sorgsame Erfassung der phänomenologischen Merkmale, des subjektiven Erlebens des Patienten sowie beobachtbarer Verhaltensweisen, ferner bedeutsamer Patientenvariablen wie Motivation und Therapieerfahrung. Durch eine randomisierte Zuweisung zu den

⁹⁶ Meinen obigen Überlegungen (vgl. 3.2) zufolge, müssten sich in Bezug auf die Mentalisierungsfähigkeit bei allen drei Verfahren ähnliche Ergebnisse erzielen lassen.

drei Untersuchungsgruppen sowie einer Kontrollgruppe könnte wichtigen Forderungen der modernen Therapieforschung nachgekommen werden.

Eine Herausforderung würde der Entwurf des organisatorischen Rahmens darstellen. Dieser müsste in Bezug auf Setting, Dauer, Frequenz und Personal sowohl den jeweiligen Therapieansätzen in ihren Annahmen und Forderungen gerecht werden als auch zugleich das Kriterium der empirischen Vergleichbarkeit erfüllen.

Um unterscheiden zu können, ob es sich bei möglichen verschwimmenden Grenzen zwischen den Techniken der drei Verfahren, wie ich sie oben diskutiert habe (vgl. 3.2), um eine Überlappung auf konzeptueller oder technischer Ebene handelt oder einer nicht korrekten Einhaltung der manualisierten „Anweisungen“, wäre eine intensive Schulung des therapeutischen Personals im jeweiligen therapeutischen Ansatz unabdingbar. Überdies sollten die Manuale in einer vergleichbar lernbaren Form, unter Umständen als Bearbeitung oder Aufbereitung der vorliegenden Handbücher nach Gesichtspunkten der Reliabilität, herangezogen werden können. So bräuchte die Strukturbezogene Psychotherapie in ihrem Manual eine ausführlichere Ausarbeitung zu ihren Techniken, sowie eine Adhärenz- und Kompetenzskala, wie sie von den beiden anderen Verfahren bereits zur Verfügung gestellt wird und eine (Fremd-)Evaluierung der Manualtreue des Therapeuten ermöglicht. Auch eine Selbsteinschätzung von Adhärenz und Kompetenz könnte interessante Ergebnisse liefern.

Die für die Borderline-Behandlung charakteristische hohe Abbruchrate (vgl. 2.3.9) gelte es im Rahmen einer Vergleichsstudie genau zu beobachten und – in allen drei Untersuchungsgruppen – nach Möglichkeit gering zu halten. Nicht zuletzt, um eine Aussagekraft der Studienergebnisse gewährleisten zu können, die sich – geht man nicht von phantastischen Umständen der unendlichen Mittel und verfügbaren Testpersonen aus – mit einem wachsenden Schwund der Teilnehmer kontinuierlich reduziert.

Zentrales Anliegen einer solchen Studie sollte es meiner Meinung nach sein, Indikationskriterien für die jeweiligen Verfahren und deren spezifische methodische Vorgehensweisen herauszufinden.

4. Abschließende Gedanken und Ausblick⁹⁷

Die Auseinandersetzung mit der TFP, der MBT und der Strukturbezogenen Psychotherapie hat bei mir etliche Fragen aufkommen lassen, sowohl kleinere Fragen, die sich beispielsweise aus Formulierungen der Autoren der Therapiemanuale ergeben haben,⁹⁸ als auch grundlegendere, weiter reichende Fragen; zum Beispiel, inwiefern es

⁹⁷ Da es mir im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich war, auf eine weit reichende Kritik der den Behandlungsverfahren zugrunde liegenden Theorien selbst einzugehen möchte ich auf Stellen verweisen, an denen derartigen kritischen Überlegungen Raum gegeben wird, z.B. zur Objektbeziehungstheorie: Dammann (2006); zur Mentalisierungstheorie: Gergely & Unoka (2011); zur OPD: Cierpka et al. (2001).

⁹⁸ So würde es mich beispielsweise interessieren, dem nachzugehen, was es mit der im TFP-Manual erwähnten Bedingung auf sich hat, dass der Patient außerhalb der Therapie „irgendeiner sinnvollen Beschäftigung“ nachgehen müsse, um vom Therapeuten ein Behandlungsangebot bekommen zu können (vgl. 2.3.7). Kann das bei einem sehr schwer gestörten Borderline-Patienten erwartet werden? Oder kommt die TFP dann für schwer gestörte Borderline-Patienten schlichtweg nicht in Frage? Auch Bateman und Fonagy geben mir Anlass zu einer kritischen Frage: Welches Bild der Störung und des Individuums verbirgt sich hinter der Formulierung, der Therapeut fahre in einer Situation, in der das Mentalisieren während einer Sitzung gescheitert sei, nicht fort, ehe nicht das für das Scheitern verantwortliche Verhalten und der damit verbundene mentale Prozess identifiziert

sich bei den drei Therapieansätzen tatsächlich noch um *psychoanalytische* Verfahren handelt.⁹⁹ Eine tiefer gehende Beschäftigung mit diesen Fragen bleibt jedoch künftigen Anstrengungen vorbehalten.

Abschließend möchte ich mich an dieser Stelle noch einer anderen Überlegung widmen: einem Ausblick auf eine Annäherung der modifizierten Verfahren. Im Zuge dessen könnte sich die Frage ergeben, inwiefern zwischen den drei betrachteten modifizierten Verfahren ohnehin keine unüberbrückbaren Unterschiede vorliegen. Dieser Thematik habe ich bereits ansatzweise in der vorangegangenen Diskussion gewidmet (vgl. 3) und die Vermutung größerer Gemeinsamkeiten zwischen den drei Ansätzen geäußert, als sie vielleicht auf den ersten Blick ersichtlich ist und von den jeweiligen Vertretern postuliert wird. Auch die Frage nach einer bereits vonstatten gehenden „Verschmelzung“ oder einem eklektischen Umgang mit den Behandlungsverfahren wäre interessant. Aus nachvollziehbaren Gründen sprechen die Entwickler der Therapieformen bzw. –techniken in erster Linie von einer zu beobachtenden guten Annahme ihrer Prinzipien und Methoden in Klinik und evtl. Forschung und erklären – erfreulicherweise – bereitwillig, wie ihre eigenen Programme, Techniken, etc. auf andere Therapieformen übertragen werden könnten. Eine beobachtbare Abnahme einer gewissen Zurückhaltung in Bezug auf die Offenheit den jeweils anderen Verfahren gegenüber und eine differenzierte, selbstkritische Auseinandersetzung mit den ach so vehement postulierten Unterschieden zwischen den Verfahren wäre wünschenswert. Vielleicht hat diese Offenheit und Auseinandersetzung in der Praxis bereits begonnen Einzug zu halten. Auch wenn es mir im Rahmen meiner Recherche für diese vorliegende Arbeit nicht möglich war, explizite Belege dafür zu finden, so habe ich doch den Eindruck, dass dieser Weg der richtungsweisende ist.

Hinweise auf eine sich bereits vollziehende Annäherung zwischen der TFP und den beiden anderen Verfahren zeichnet sich auf konzeptueller Ebene durch die Entwicklung der TFP für Adoleszente (TFP-A, vgl. 2.3.1) ab, im Rahmen welcher eine zunehmende Betonung auf Beziehungen außerhalb der therapeutischen Übertragung festgestellt werden kann, und die intensive Arbeit in der Übertragung erst in späteren Therapieabschnitten mehr Beachtung findet. Außerdem empfiehlt die TFP-A ein gemeinsames Beobachten und Klären von Verhalten, Gedanken und Gefühlen. In der Schlussphase liegt letztlich neben der Anhebung des Funktionsniveaus, eine Verbesserung der interpersonellen Kompetenzen im Fokus, nicht mehr so sehr die Bearbeitung intrapsychischer Vorgänge im Sinne der Objektbeziehungstheorie (Rudolf, 2010).

Ein Resümee, das ich aus der Auseinandersetzung mit den Therapieansätzen ziehe, möchte ich schließend formulieren: ich erachte es als nicht zweckdienlich,

ziert sei, der das Erleben des Patienten „rechtfertigt und seine Einstellung entschuldigt“ (vgl. 2.4.7)? Überlegungen zur Verantwortung und deren Übernahme im Rahmen dysfunktionalen Verhaltens, kann ich durchaus nachvollziehen. Doch aufgrund welcher grundlegenden Überzeugungen kommt die Notwendigkeit von „Rechtfertigung“ und „Schuld“ ins Spiel? Oder handelt es sich hier „nur“ um eine unglückliche Wortwahl von Bateman und Fonagy?

⁹⁹ Diese Frage drängte sich mir vor allem in Anbetracht der Erklärung von Dammann et al. (2000) auf, man müsse kein Psychoanalytiker sein, um die TFP erlernen zu können (vgl. 2.3.1). Dammann (2006) berichtet gar, dass Kernberg „wohl aus Gründen der Verbreitung der Methode“ (S.103) betone, selbst begabtere Assistenzärzte, auch ohne psychoanalytische oder analytisch orientierte Ausbildung seien für die Ausübung des Verfahren geeignet, und sogar „zum Teil besser TFP praktizieren könnten als Analytiker“ (ebd.).

bestimmte Strategien, Taktiken und Techniken auf rigide Weise bei jedem Patienten kontinuierlich anzuwenden, sondern halte es für sinnvoll, entsprechend den Charakteristika des individuellen Störungsbildes, spezifische Modifikationen der Behandlung anzupassen. Eine sinnvolle Anleitung zu einer solchen indikationsabhängigen Anpassung könnte eine empirische Vergleichsstudie bieten, welche die oben erwähnten Aspekte berücksichtigend, wertvolle Aussagen sowohl über die psychische Störung von Borderline-Patienten und deren individuelle indikatorische Merkmale, als auch Hinweise auf einen wegweisenden Umgang mit Behandlungstechniken liefern könnte.

Möchten sich nun von verschiedener Seite Stimmen erheben, welche die Bedeutung des methodischen Vorgehens relativieren, da dieser Wirkfaktor nur geschätzte 15% des Behandlungserfolges erklären könne (z.B. Lamberg, 1992, zit. nach Beutel et al., 2010), so sollte man doch mit diesem Wirkfaktor – sollte er das einzige sein, was der Therapeut tatsächlich in der Hand haben kann, und sei er noch so gering – nicht fahrlässig umgehen. Mit Sicherheit kommt hierbei einer genauen Beachtung der Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten eine enorme Bedeutung zu, wie es die drei betrachteten Verfahren auch alle betonen. Entsprechendes gilt für regelmäßige Supervisionen, die es als wichtiges Element in jedem therapeutischen Ansatz zu verankern gilt, um die 15% so gut nutzen zu können, wie möglich.

- Abend, S.M., Porder, M.D. & Willick, M.S. (1983). *Borderline patients: Psychoanalytic perspectives*. New York: International Universities Press.
- Alexander, F.G. & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press / New York: Wiley (1974).
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Deutsche Bearbeitung und Einführung, Saß, H., Wittchen. H.U. & Zaudig, M. Göttingen (1996)
- American Psychiatric Association (APA) (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft online (AWMF online) (2008). *Leitlinien Psychiatrie / Persönlichkeitsstörungen*. Gefunden am 01. 08.2011 unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-015.html>.
- Arbeitskreis OPD (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Huber.
- Balint, M. (1970). *Therapeutische Aspekte der Regression: die Theorie der Grundstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563 – 1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36 – 42.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008a). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozial.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008b). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry in Advance*. Gefunden am 01.08.2011 unter <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/appi.ajp.2007.07040636v1>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Mentalisieren und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Allen, J.G. & Fonagy, P.. *Mentalisierungsgestützte Therapie: Das MBT-Handbuch – Konzepte und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta, 263 – 284.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2011). Borderline-Persönlichkeitsstörung und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). In: Dulz, B., Herpertz, S.C., Kernberg, O.F. & Sachsse, U. (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 566 -575.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392 – 425.
- Benjamin, L.S. (1998). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. 2. Auflage New York: Guilford.
- Beutel, M.E. (2002). Neurowissenschaften und Psychotherapie. Neuere Entwicklungen, Methoden und Ergebnisse. *Psychotherapeut*, 47, 1 – 10.
- Beutel, M.E., Stern, E. & Silbersweig, D.A. (2003). The emerging dialogue between psychoanalysis and neuroscience: neuroimaging perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 773 – 801.
- Beutel, M.E., Doering, S., Leichsenring, F. & Reich, G. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie. Störungsorientierung und Manualisierung in der therapeutischen Praxis*. Göttingen: Hogrefe.
- Bolm, T. (2009). *Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT): für Borderline-Störungen und chronifizierte Traumafolgen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Brockmann, J. & Kirsch, H. (2010). Konzept der Mentalisierung: Relevanz für die psychotherapeutische Behandlung. *Psychotherapeut*, 55, 279 – 290.

- Buchheim, A., George, C., Liebl, V., Moser, A. & Benecke, C. (2007). Mimische Affektivität von Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung während des Adult Attachment Projective. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 339 – 354.
- Buchheim, P., Kernberg, O.F., Clarkin, J.F., Yeomans, F. & Doering, S. (2006). Psychodynamische Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit – Transferende-Focused Psychotherapy. In: Remmel, A., Kernberg, O.F., Vollmoeller, W. & Strauß, B. (Hrsg.). *Handbuch Körper und Persönlichkeit: Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer, 223 – 241.
- Caligor, E. (2005). Treatment manuals for long-term psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis. *Clinical Neuroscience*, 4, 387 – 398.
- Clark, L.P. (1919). Some practical remarks upon the use of modified psychoanalysis in the treatment of borderland neuroses and psychoses. *Psychoanalytic Review*, 6, 306 – 308.
- Clarkin, J.F., Martius, P., Dammann, G., Smole, S. & Buchheim, P. (1998). IPO – „Inventory of Personality Organization“: Ein Selbstbeurteilungs-Instrument zur Erfassung der Persönlichkeitsorganisation. *Persönlichkeitsstörungen*, 2 (4), 169 – 172.
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Levy, K.N., Hull, J.W., Delaney, J.C. & Kernberg, O.F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15 (6), 487 – 495.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F. & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for Borderline Personality Disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164 (6), 922 – 928.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit: Manual zur psychodynamischen Therapie. 2. Auflage*. Stuttgart: Schattauer.
- Dammann, G. (2006). Manualgeleitete Borderline-Therapie. Möglichkeiten und Grenzen aus psychoanalytischer Sicht. *Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis*, 21 (1), 71 – 116.
- Dammann, G. (2007). Bausteine einer „Allgemeinen Psychotherapie“ der Borderline-Störung. In: Dammann, G. & Janssen, P.L. (Hrsg.). *Psychotherapie der Borderline-Störungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. 2. Auflage*. Stuttgart: Thieme, 238 – 258.
- Dammann, G., Buchheim, P., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2000). Einführung in eine übertragungsfokussierte, manualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung. In: Kernberg, O.F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 461 – 481.
- Dammann, G., Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2007). Die übertragungsfokussierte Psychotherapie TFP – Ein störungsspezifisches, manualgeleitetes psychodynamisches Verfahren zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dammann, G. & Janssen, P.L. (Hrsg.) *Psychotherapie der Borderline-Störungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart: Thieme, 63 – 78.
- Deserno, H. (1990). *Die Analyse und das Arbeitsbündnis. Eine Kritik des Arbeitsbündniskonzepts*. München-Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Deserno, H. (2006). Arbeitsbündnis. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 75 – 80.
- Destatis (Statistisches Bundesamt Deutschland) (2005). *Pressemitteilung Nr.440 vom 18.10.2005. Zahl der Suizide in Deutschland weiter rückläufig*. Gefunden am 15.07.2011 unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2005/10/PD05__440__232,templateId=renderPrint.psm1
- Deutsch, H. (1934). Über den Typus der Pseudoaffektivität („Als Ob“). *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 20 (1), 323 – 335.
- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt: Fischer.
- Dulz, B. (1999). Wut oder Angst – welcher Affekt ist bei Borderline-Störungen der zentrale? *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 30 – 35.
- Dulz, B. (2008) Borderline-Störung, Borderline-Persönlichkeit. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 105 – 113.
- Eckert, J., Dulz, B. & Makowski, C. (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 45, 271 – 285.
- Eissler, K.R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American*

Psychoanalytic Association, 42, 875-882.

- Eissler, K.R. (1958). Remarks on some variations in psychoanalytic technique. *International Journal for Psychoanalysis, 39*, 222-229; dt. (1960) Variationen in der psychoanalytischen Technik. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse, 13*, 609-625.
- Ermann, M. (2006a). Gegenübertragung. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 233 – 239.
- Ermann, M. (2006b). Widerstand. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 838 – 843.
- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams L.L., McGregor, J., Bleiberg, E. & Fonagy, P. (2006). Short-term mentalization and relational therapy (SMART): An integrative family therapy for children and adolescents. In: Allen., J.G. & Fonagy, P. (Hrsg.). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Chichester: Wiley & Sons, 201 – 222.
- Fenichel, O. (1930). Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920 – 1930. In: Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) (Hrsg.). *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut (Poliklinik und Lehranstalt)*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 13 – 19.
- Fenichel, O. (1931). *Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen. Psychoanalytische spezielle Neurosenlehre*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Fenichel, O. (1945). *Psychoanalytische Neurosenlehre, Studienausgabe, Band III*. Gießen: Psychosozial (2005).
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis, 77*, 217 – 233.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2006). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. 2. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M. & Allison, E. (2010). Attachment and Personality Pathology. In: Clarkin, J.F., Fonagy, P. & Gabbard, G.O. (Hrsg.). *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders. A clinical handbook*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 37 – 87.
- Fonagy, P. & Luyten, P. (2011). Die entwicklungspsychologischen Wurzeln der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Kindheit und Adoleszenz: Ein Forschungsbericht unter dem Blickwinkel der Mentalisierungstheorie. *Psyche - Zeitschrift für Psychoanalyse, 65 (9/10)*, 900 – 952.
- Freud, S. (1893). *Zur Psychotherapie der Hysterie*. GW, I, 252 – 312.
- Freud, S. (1895). Entwurf einer Psychologie. In: *Aus den Anfängen der Psychoanalyse 1887 - 1902, Briefe an W. Fließ*. Frankfurt: Fischer (1975), 297 – 384.
- Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung*. GW, II / III.
- Freud, S. (1905). *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. GW, V, 27 - 159.
- Freud, S. (1908). *Charakter und Analerotik*. GW, VII, 203 – 209.
- Freud, S. (1910). *Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie*. GW, VIII, 104 -115.
- Freud, S. (1912a). *Zur Dynamik der Übertragung*. GW, VIII, 363.
- Freud, S. (1912b). *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*. GW, VIII, 364 – 374.
- Freud, S. (1914). *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*. GW, X, 126 – 136.
- Freud, S. (1915). *Bemerkungen über die Übertragungsliebe*. GW, X, 305 – 321.
- Freud, S. (1916). *Einige Charaktertypen aus der psychoanalytischen Arbeit*. GW, X, 364 – 391.
- Freud, S. (1917a). *Vorlesung: Die gemeine Nervosität*. GW, XI, 392 – 406.
- Freud, S. (1917b). *Vorlesung: Die analytische Therapie*. GW, XI, 466 – 482.
- Freud, S. (1923a). *Das Ich und das Es*. GW, XIII, 237 – 289.
- Freud S. (1923b). *Neurose und Psychose*. GW, XIII, 387 – 391.
- Freud, S. (1925). *Geleitwort*. GW: XIV, 565 – 567.

- Freud, S. (1933). *Die Zerlegung der psychischen Persönlichkeit*. GW, XV, 62 – 86.
- Gabbard, G.O. (2011). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Schnittstelle zwischen Psychoanalyse und Neurobiologie. In: Dulz, B., Herpertz, S.C., Kernberg, O.F. & Sachsse, U. (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 123 – 133.
- Gabbard, G. O., Miller, L.A. & Martinez, M. (2009). Eine neurobiologische Sichtweise des Mentalisierens und der inneren Objektbeziehungen bei traumatisierten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Allen, J.G. & Fonagy, P. (Hrsg.) *Mentalisierungsgestützte Therapie: Das MBT-Handbuch – Konzepte und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta, 181 – 204.
- Grande, T., Rudolf, G. & Oberbracht, C. (1997). Die Praxisstudie analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen in Psychoanalysen. In: Leuzinger, Bohleber, M. & Stuhr, U. (Hrsg.). *Psychoanalyse im Rückblick*. Gießen: Psychosozial, 415 – 431.
- Gunderson, J.G. & Sabo, A.N. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 150 (1), 19 – 27.
- Gunderson, J.G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachment and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752 – 758.
- Gunderson, J.G. (2005). *Borderline: Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Hans Huber.
- Gunderson, J.G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166, 530 – 539.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1987). Die psychoanalytisch-interaktionale Therapie: Eine Methode zur Behandlung präödipler Störungen. In: Rudolf, G., Rüger, U. & Studt, H.H. (Hrsg.). *Psychoanalyse der Gegenwart*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 181 – 197.
- Herold, R. & Weiß, H. (2006). Übertragung. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 799 – 811.
- Herpertz, S.C. & Saß, H. (2011). Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In: Dulz, B., Herpertz, S.C., Kernberg, O.F. & Sachsse, U. (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 35 – 43.
- Hölzer, M. (2006). Freie Assoziation. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 213 – 217.
- Hüther, G. & Sachsse, U. (2007). Neurobiologisch fundierte Psychotherapie. In: Dammann, G. & Janssen, P.L. (Hrsg.) *Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart: Thieme, 129 – 142.
- Hughes, C.H. (1884). Borderland psychiatric records – prodromal symptoms of psychical impairment. *Alienist and Neurologist*, 5, 85 – 91.
- Janssen, P.L. (2007). Psychoanalytische Konzepte der Borderline-Struktur – Grundlagen der psychodynamischen Psychotherapieverfahren. In: Dammann, G. & Janssen, P.L. (Hrsg.) *Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart: Thieme, 3 – 16.
- Kernberg, O.F. (1966). Structural derivatives of object relationships. *International Journal of Psycho-Analysis*, 47, 236-252.
- Kernberg, O.F. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 614 – 685.
- Kernberg, O.F. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization. In: Hartocollis P. (Hrsg.) *Borderline personality disorders*. New York: International University Press, 87 – 121.
- Kernberg, O.F. (1985). *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O.F. (1988). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kernberg, O.F., Selzer, M.S., Koenigsberg, H.W., Carr, A.C. & Appelbaum, A.M. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Kernberg, O. & Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. In: Lenzenweger, M.F. & Clarkin, J.F. (Hrsg.). *Major theories of personality disorder*. 2. Auflage New York: Guilford.

- Kernberg, O.F. & Michels, R. (2009). Borderline Personality Disorder. Editorial. *American Journal of Psychiatry*, 166 (5), 505 – 508.
- Kind, J. (2011). Zur Entwicklung psychoanalytischer Borderline-Konzepte seit Freud. In: Dulz, B., Herpertz, S.C., Kernberg, O.F. & Sachsse, U. (Hrsg.) *Handbuch der Borderline-Störungen*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer. 20 – 34.
- Körner, J. (2006a). Abstinenz. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 1 – 6.
- Körner, J. (2006b). Regression – Progression. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 633 – 639.
- Krause, R. (2002). Affekte und Gefühle aus psychoanalytischer Sicht. Psychotherapie im Dialog. *Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie*, 3, 120 – 126.
- Lackinger, F. & Dammann, G. (2005). Besonderheiten der Behandlungsbedingungen bei der übertragungs-fokussierten Psychotherapie (TFP) persönlichkeitsgestörter Delinquenten. *Recht & Psychiatrie*, 23 (3), 103 – 115.
- Lamberg, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (Hrsg.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books, 94 – 129.
- Lang, G. & Molen, van der, H.T. (2004). *Psychologische gespreksvoering: Een basis voor hulpverlening*. 12. Auflage. Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1972a). *Das Vokabular der Psychoanalyse. Erster Band*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1972b). *Das Vokabular der Psychoanalyse. Zweiter Band*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2009). Resilienz – Eine neue Forschungsperspektive auf frühe Entwicklungsprozesse. In: Leuzinger-Bohleber, M, Canestri, J., Target, M. (Hrsg.). *Frühe Entwicklung und ihre Störungen. Klinische, konzeptuelle und empirische psychoanalytische Forschung. Kontroversen zu Frühprävention, Resilienz und ADHS*. Frankfurt a.M.: Brandes und Apsel, 18 – 39.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., Weber, M., Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 1027 – 1040.
- Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. (1995). *Einführung in die analytische Psychotherapie: Ein Lehrbuch*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meissner, W.W. (1979). Internalization and object relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 345-360.
- Mertens, W. (2000). *Einführung in die psychoanalytische Therapie. Band 1*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (2005). *Psychoanalyse. Grundlagen, Behandlungstechnik und Anwendung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Müller, T. (2006). Rahmen, Setting. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 622 – 629.
- Nedelmann, C. (2006). Psychoanalyse – Psychotherapie. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 604 – 609.
- Oldham, J.M. (2009). Borderline personality disorder comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 166 (5), 509 – 511.
- Perry, J.C., Banon, E. & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312 – 1321.
- Pouget-Schors, D. (2006). Persönlichkeit, Persönlichkeitsstruktur. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 574 - 582
- Reich, W. (1925). *Der triebhafte Charakter. Eine psychoanalytische Studie zur Pathologie des Ich*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

- Reich, W. (1933). *Charakteranalyse. Technik und Grundlagen für Studierende und praktizierende Analytiker*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Rohde-Dachser, C. (1983). *Das Borderline-Syndrom*. 3. Auflage. Bern: Huber.
- Rohde-Dachser, C. (1997). Praktische Behandlungsaspekte in der Therapie von Borderline-Störungen. In: Hartwich, P., Haas, S., Maurer, K. & Pflug, B. (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie und Pharmakotherapie*. Berlin: Verlag Wissenschaft & Praxis, 71 – 87.
- Rohde-Dachser, C. (2006). Vom Grenzfall zur Persönlichkeitsdiagnose: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Böker, H. (Hrsg.) *Psychoanalyse und Psychiatrie: Geschichte, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis*. Heidelberg: Springer, 193 – 201.
- Rosse, I.C. (1890). Clinical evidences of borderland insanity. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 78, 669 – 683.
- Roth, G. & Buchheim, A. (2010). Neurobiology of personality disorders. In: Clarkin, J.F., Fonagy, P. & Gabbard, G.O. (Hrsg.) *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders. A clinical handbook*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 89 – 124.
- Rüger, U. (2006). Strukturelle Störung. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, 716 – 721.
- Rudolf, G. (1977). *Krankheiten im Grenzbereich von Neurose und Psychose. Ein Beitrag zur Psychopathologie des Ich-Erlebens und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rudolf, G. (1996). Der psychoanalytische Ansatz der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. In: Schmitz, B., Fydrich, T. & Limbacher, K. (Hrsg.). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz, 117 – 135.
- Rudolf, G. (2006a). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2006b). Psychoanalytische Therapie struktureller Störungen: Behandlung „as usual“ oder strukturbezogene Modifikation. In: Springer, A., Gerlach, A. & Schlösser, A.M. (Hrsg.) *Störungen der Persönlichkeit*. Gießen: Psychosozial, 93 – 112.
- Rudolf, G. (2006c). *Strukturbezogene psychodynamische Therapie*. In: Rimmel, A., Kernberg, O.F., Vollmoeller, W. & Strauß, B. (Hrsg.). *Handbuch Körper und Persönlichkeit: Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer, 242 – 254.
- Rudolf, G. (2007). Strukturbezogene Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Dammann, G. & Janssen, P.L. (Hrsg.) *Psychotherapie der Borderline-Störungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis störungsspezifisch und schulübergreifend*. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme, 89 – 98.
- Rudolf, G. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G., Grande, T. & Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. *Psychotherapeut*, 45, 237 – 246.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S. & Wilke, St. (2002). Structural changes in psychoanalytic therapies – the Heidelberg-Berlin Study on long-term psychoanalytic therapies (PAL). In: Leuzinger-Bohleber, M., & Target, M. (Hrsg.). *Outcomes of psychoanalytic treatment. Perspectives for therapists and researchers*. London: Whurr Publishers, 201 – 222.
- Schultz-Venrath, U. (2008). Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (Mentalization-Based Treatment – MBT) – eine neue niederfrequente Psychotherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen? In: Dreyer, K.A. & Schmidt, M.G. (Hrsg.). *Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie: Theorie, Technik, Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta, 197 – 220.
- Siever, L.J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry*, 165, 429 – 442.
- Siever, L.J. & Weinstein, L.N. (2011). Zur Neurobiologie der Persönlichkeitsstörung – Implikationen für die Psychodynamik. In: Dulz, B., Herpertz, S.C., Kernberg, O.F. & Sachsse, U. (2011). *Handbuch der Borderline-Störungen, 2. Auflage*. Stuttgart: Schattauer, 107 – 122.
- Sterba, R. (1936). *Handwörterbuch der Psychoanalyse. 3. Lieferung Bw – Energie, seelische*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467 – 489.

- Strauß, B. (2006). Bindung und Persönlichkeitsentwicklung – Ergebnisse klinischer Bindungsforschung. In: *Handbuch Körper und Persönlichkeit. Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer, 45 – 63.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie. Grundlagen*, 3.Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardson, J., Tambs, K. & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41 (6), 416 – 425.
- Waldinger, R.J. (1987). Intensive psychodynamic therapy with borderline patients. An overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, 267 – 274.
- Widiger, T.A. & Weissman, M.M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, 42, 1015 – 1021.
- Winnicott, D.W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP) (2011). *Stellungnahme zur Psychodynamischen Psychotherapie bei Erwachsenen*. Gefunden am 01.08.2011 unter: <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.17.69.70>
- Wöller, W. (2006). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- World Health Organization (WHO) (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genf: World Health Organization.
- Yeomans, F.E. & Diamond, D. (2011). Übertragungsfokussierte Psychotherapie (Transference-focused Psychotherapy, TFP) und Borderline-Persönlichkeitsstörung. Kernberg, O.F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* Stuttgart: Schattauer, 543 – 558.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J. & Silk, K.R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274 – 283.

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt habe und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt sowie die wörtlich oder inhaltlich übernommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Berlin, den 15.Oktober 2011
