

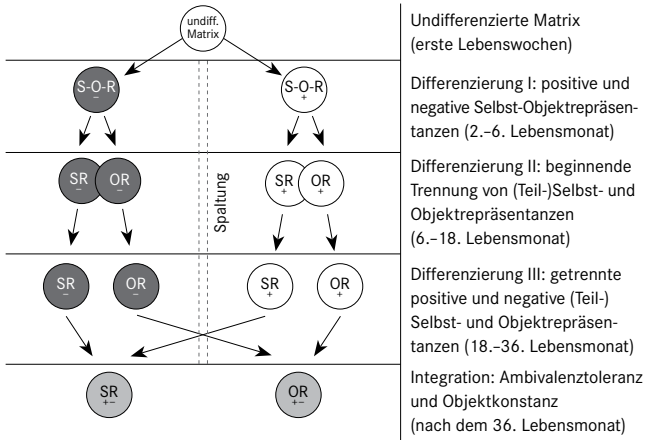
Stephan Doering



PSYCHODYNAMIK **Kompakt**

# Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

V&R



**Abbildung 2:** Modell der Entwicklung von Selbst- und Objektrepräsentanzen in Anlehnung an Ciompi (1982, S. 185), basierend auf den Modellen von Mahler, Pine und Bergman (1975, dt. 1980) sowie Kernberg (1976, dt. 1981)

S-O-R<sup>+</sup> = positive Selbst-Objekt-Repräsentanz, S-O-R<sup>-</sup> = negative Selbst-Objekt-Repräsentanz, SR<sup>+</sup> = positive Selbstrepräsentanz, SR<sup>-</sup> = negative Selbstrepräsentanz, OR<sup>+</sup> = positive Objektrepräsentanz, OR<sup>-</sup> = negative Objektrepräsentanz, SR<sup>+''</sup> = integrierte Selbstrepräsentanz, OR<sup>+''</sup> = integrierte Objektrepräsentanz

Nach Erreichen der Objektkonstanz verändert sich die innere Welt nachhaltig. Es sind nun ambivalente Affekte vorhanden, die immer gemischt bzw. gepuffert sind, primitive, entmischte Affekte treten nur noch in Extremsituationen auf. Das Kind kann jetzt sagen: »Mama, ich hab dich lieb, aber ich mag nicht, wenn du mich schimpfst.« Wir erkennen die Fähigkeit zur Ambivalenz, die mit der Objektkonstanz einhergeht, daran, dass wir in Situationen, in denen wir uns mit einem geliebten Menschen heftig streiten, nichts tun oder sagen, was die Beziehung nachhaltig beschädigt oder zerstört. Wir haben tief in uns (vielleicht nur unbewusst) den positiven, liebenden Affekt »auf dem Schirm«, wir vergessen nie, dass wir den

anderen eigentlich lieben. Dies verhindert, dass aus Wut Hass wird – dass die Wut, die als konstruktiver Affekt dazu dient, unsere Interessen und Grenzen zu schützen, zu einem destruktiven Hass wird, der den anderen zerstören will. Ebenso sind unsere Affekte auch im libidinösen, positiven Bereich »gepuffert«, so mischt sich immer auch ein klein wenig Aggression in intime Nähe, ein wenig Provokation, Ironie, ein Kitzeln oder Kneifen – dies macht aus einem primitiven Verschmelzungswunsch (wie ihn Babys oder auch erwachsene Borderline-Patienten zeigen) eine reife, ambivalenztolerante Intimität.

Neben diesem situativen Aspekt der Objekt Konstanz gibt es einen zeitlichen: Das Kleinkind kann sich nicht auf ein sicheres inneres Bild der Bezugsperson stützen, sondern entwickelt Zweifel, ob nach einer Trennung alles wieder wie vorher sein wird. Kommt die Mutter überhaupt zurück? Und wenn ja, wird sie mich noch so lieben wie zuvor? Was einem reifen Kind oder Erwachsenen selbstverständlich ist, wird im Alter unter drei Jahren zur Katastrophe – ebenso wie für Borderline-Patienten, für die die Wochenend- oder Urlaubspause eine existenzielle Krise in der therapeutischen Beziehung bedeutet. Dies liegt einfach daran, dass die inneren Bilder, die Repräsentanzen, verloren gehen. Es besteht zwar möglicherweise das kognitive Wissen, dass der Therapeut oder die Therapeutin am Montag wieder da sein wird, emotional fehlt jedoch jede Vorstellung davon, ob und wie die Beziehung weitergehen wird.

Aus dem bisher Gesagten ist vermutlich schon deutlich geworden, dass bei Borderline-Patienten, also Patienten und Patientinnen mit einer strukturellen Störung, der Schritt zur Objekt Konstanz nicht vollzogen werden kann. Die innere Organisation ist geprägt durch das, was Kernberg Identitätsdiffusion nennt: Es bestehen keine integrierten inneren Bilder vom Selbst und von wichtigen anderen, die Spaltung bleibt aufrecht, positive und negative Anteile werden getrennt gehalten und können nicht im Sinne einer Ambivalenz zugleich erfahren werden. Heuristisch lässt sich diese Entwicklungshemmung an einem Beispiel erklären:

Eine Patientin mit Borderline-Persönlichkeitsstörung berichtet im diagnostischen Strukturellen Interview, dass sie schon als kleines Mädchen vom Vater sexuell missbraucht worden sei. Die Mutter habe davon gewusst und – anstatt sie zu schützen – ihr zugeredet, zum Vater zu gehen, »damit es schneller vorbei« sei und es »keinen Ärger gibt«. Die Patientin ist voller Hass auf ihre Mutter, nennt sie »ein Monster«, fragt, wie eine Mutter so etwas tun könne. Nur wenige Minuten später wird die Patientin nach ihrer besten Freundin gefragt. Spontan sagt sie: »Meine Mutter. Niemand steht mir so nah, niemand versteht mich so. Mit ihr kann ich alles teilen – ich liebe meine Mutter über alles.« Der Interviewer konfrontiert die Patientin mit dem offensichtlichen Widerspruch in der Schilderung ihrer Mutter, worauf diese verärgert sagt: »Was soll denn der Blödsinn?! Ich weiß doch wohl, wer mir am nächsten steht!« Sie ist außerstande, beide Affekte der Mutter gegenüber – Hass und Liebe – ambivalent zu tolerieren. Wieder einige Minuten später antwortet die Patientin auf die Frage nach der frühesten Erinnerung: »Da war ich so etwa vier oder fünf, mein Vater war mit mir auf dem Jahrmarkt, er hat mir Zuckerwatte gekauft, ich durfte Karussell fahren und er hat mich an der Hand gehalten. Das war der schönste Moment in meinem Leben!«

Hier zeigt sich sehr drastisch die Spaltung: Die Patientin ist nicht in der Lage, positive und negative Aspekte der Objekte zusammenzubringen, vielmehr werden diese vollständig voneinander getrennt repräsentiert – ist das eine aktiviert, kann auf das andere (zumindest emotional) nicht zugegriffen werden. An diesem Beispiel lässt sich aber noch mehr verdeutlichen: Stellt man sich vor, was es für ein dreijähriges Mädchen mit derartigen frühen Beziehungserfahrungen bedeuten würde, wie vorgesehen mit Vollendung des dritten Lebensjahres die Spaltung aufzugeben – was würde dies bedeuten? Was würde die Bilanz ergeben, in der positive und negative Anteile der elterlichen Objekte als Ganzes erlebt würden? Vermutlich würde doch von den wenigen positiven Erfahrungen nichts übrig bleiben und das Kind käme zu der Erkenntnis, dass die Eltern böse, destruktiv

und hasserfüllt ihm gegenüber seien, dass sie es nie wirklich geliebt hätten. Für ein dreijähriges Kind wäre so eine Erkenntnis unerträglich, da es die (guten) Eltern zum Überleben braucht. Wenn das Unbewusste nun die Spaltung aufrechterhält, überleben die positiven Beziehungserfahrungen und Objektanteile, das Kind kann die Illusion von guten Eltern erhalten und überleben. So gesehen stellt diese Entwicklungshemmung einen adaptiven Mechanismus dar, der das psychische und soziale Überleben des Kindes sicherstellt. Der »Preis«, der für dieses Manöver zu entrichten ist, ist allerdings hoch: Es ist eben das fortgesetzte Funktionieren auf einem Borderline-Strukturniveau. Die klinischen Konsequenzen dessen werden im Detail im nächsten Abschnitt beleuchtet.

## 2 Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

In der Terminologie Kernbergs werden Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Borderline-Persönlichkeitsstörung unterschieden. Die Persönlichkeitsorganisation bezeichnet die im vorangegangenen Kapitel beschriebene innere Struktur bzw. die Reife der Repräsentanzwelt. Der Begriff Persönlichkeitsstörung steht für das Syndrom, das in ähnlicher Weise auch in ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation, 1991) und DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015) enthalten ist.

Es wird an dieser Stelle darauf verzichtet, die diagnostischen Kriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung wiederzugeben, es soll jedoch noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die TFP im Prinzip bei allen Störungsbildern auf einem Borderline-Strukturniveau einsetzbar ist, also auch bei narzisstischen, paranoiden, schizoiden und schweren histrionischen Persönlichkeitsstörungen. Da die TFP auf eine Persönlichkeitsreife und nicht auf eine bloße Symptomreduktion abzielt, kommt der Definition und Diagnostik des Strukturlevels eine besondere Bedeutung zu. Dies gilt im Prinzip für alle psychoanalytischen bzw. psychodynamischen »Borderline-Therapien«, die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT; Bateman u. Fonagy, 2002) ebenso wie für die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie (Streeck u. Leichsenring, 2015) und die strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf (2006).

In Übereinstimmung mit den empirischen Befunden zur Heritabilität von Endophänotypen (Siever, 2005) und in der Folge auch der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Torgersen et al., 2012) geht Kernberg davon aus, dass eine genetische Disposition zur verstärk-