Die Spezialambulanz für Borderline-Störungen an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie

Melitta Fischer-Kern · Johanna Alexopoulos

Online publiziert: 5. November 2020
 © Der/die Autor(en) 2020

Zusammenfassung In dem Beitrag wird einleitend die Geschichte der Entstehung der Spezialambulanz für Borderline-Störungen an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinischen Universität kurz umrissen. Die erstvorstelligen PatientInnen der letzten 35 Jahre werden im Hinblick auf die Häufigkeit von Persönlichkeitsstörungen sowie alters- und geschlechtsspezifischer Unterschiede beschrieben. Im Besonderen werden soziodemografische Charakteristika, Unterschiede im Zuweisungsmodus und der Therapieplanung bei PatientInnen mit einer Borderline-Störung herausgearbeitet.

Im Hauptteil des Beitrags werden die Arbeitsschwerpunkte der Klinik (1) psychoanalytische Erstdiagnostik und Therapieplanung und (2) Durchführung von hochfrequenten psychoanalytischen Behandlungen beschrieben. In der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen orientieren wir uns an den von Otto Kernberg und MitarbeiterInnen entwickelten Instrumenten – das strukturelle Interview und das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO). In der Behandlung von Borderline-Störungen haben wir neben der klassischen Psychoanalyse und der psychoanalytischen Psychotherapie eine Expertise in Übertragungsfokussierter Psychotherapie (TFP) erworben.

Abschließend werden die Ziele und Erfolge der TFP in der psychotherapeutischen Behandlung von PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung anhand einer an der Klinik durchgeführten multizentrischen RCT-Studie beschrieben. Dabei werden neben der Symptomverbesserung die Veränderungen in der

Mentalisierungsfähigkeit, der Persönlichkeitsorganisation und der Bindungssicherheit dargestellt und anhand einer Fallvignette erläutert.

Schlüsselwörter Strukturelles Interview · Übertragungsfokussierte Psychotherapie · Bindung · Mentalisierung · Strukturelle Verbesserung

The outpatient clinic for patient with borderline personality disorder at the Department of Psychoanalysis and Psychotherapy

Summary In the introduction, the history of the outpatient clinic for borderline disorders at the Department of Psychoanalysis and Psychotherapy at the Medical University of Vienna is briefly outlined. Patients who presented for an initial interview in the past 35 years are described in terms of the frequency of personality disorders as well as age- and gender-specific differences. In particular, socio-demographic characteristics, differences in the referral mode and therapy planning for patients with a borderline disorder are presented in detail.

The main part of the article describes the working focus of the department: (1) initial psychoanalytic diagnosis and therapy planning and (2) implementation of high-frequency psychoanalytic treatments. When diagnosing personality disorders, we use the tools developed by Otto Kernberg and colleagues—the structural interview and the structured interview on personality organization (STIPO). In the treatment of borderline disorders, we have acquired expertise in transference-focused psychotherapy (TFP) in addition to classic psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy.

Finally, the goals and successes of the TFP in the psychotherapeutic treatment of patients with borderline personality disorder are described on the basis of a multicenter RCT study carried out at the depart-

M. Fischer-Kern (✉) · J. Alexopoulos
 Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie,
 Medizinische Universität Wien, Währinger Gürtel
 18–20, 1090 Wien, Österreich
melitta.fischer-kern@meduniwien.ac.at

ment. In addition to the improvement in symptoms, the changes in mentalization ability, personality organization and attachment security are presented and explained using a case vignette.

Keywords Structural Interview · Transference-focused Therapy · Attachment · Mentalization · Structural change

Das Profil der Spezialambulanz für Borderline-Störungen

Die heutige Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Wien unter der Leitung von Stephan Doering wurde 1971 als Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie an der Universität Wien unter dem Vorstand Hans Strotzka gegründet. Seit den 1980er-Jahren hat sich die Klinik auf die Diagnostik und Behandlung von PatientInnen mit Borderline-Störungen spezialisiert. Diese Schwerpunktsetzung lag wesentlich begründet in der Zusammenarbeit mit Otto Kernberg, der nach seiner Vertreibung aus Wien in der Nazizeit in den 1980er-Jahren erstmals wieder Verbindung mit seiner Heimatstadt aufnahm. Kernberg hatte sich als Professor der Cornell University, Leiter des Cornell Medical Centers und Direktor des Instituts für Persönlichkeitsstörungen der Payne Whitney Psychiatric Clinic in New York Verdienste gemacht, um das Studium der Phänomenologie und Psychodynamik der Borderline-Störung, einem Krankheitsbild, das bis dahin wenig untersucht war und für weitgehend unbehandelbar galt. Mit dem strukturellen Interview (1981) hat Kernberg ein diagnostisches Instrument zur Erfassung der Persönlichkeit entwickelt, das über die Symptom- und Verhaltensebene hinausgehend zentrale psychische Funktionen der Persönlichkeit wie Identität, Abwehr und Realitätskontrolle untersucht. Diese neuartigen Entwicklungen hat Kernberg 1983 bei seinem ersten Besuch in Wien vorgestellt (er war zum VII. Weltkongress für Psychiatrie eingeladen worden) und sie wurden unter der Ambulanzleitung von Peter Schuster an der Klinik für Psychoanalyse implementiert. In der Folge wurde aufbauend auf dem strukturellen Interview eine auf psychoanalytischer Theorie und Technik aufbauende Methode zur Behandlung von Borderline-Störungen entwickelt, die Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-PatientInnen (Yeomans et al. 2017). Die Klinik hatte dabei das Privileg, diese Behandlungsform von Prof. Kernberg persönlich zu erlernen und in einer von Prof. Doering geleiteten Studie gemeinsam mit der TU-München in einer RCT-Studie wissenschaftlich zu untersuchen (Doering et al. 2010; Fischer-Kern et al. 2015; Buchheim et al. 2017).

Daneben und darüber hinaus hat die Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie einen Schwerpunkt auf die theoretischen und behandlingstechnischen Ansätze der englischen Psychoanalyse nach Melanie

Klein. Im Gegensatz zu dem manualisierten psychoanalytischen Ansatz der Übertragungsfokussierten Psychotherapie sieht der kleiniansche Behandlungsansatz keine Modifizierung der Technik bei Borderline-Störungen vor, sodass ausgewählte PatientInnen mit dieser Diagnose sowohl in Psychotherapie als auch in Psychoanalyse in einem klassischen Setting behandelt werden können. Unter Supervision namhafter AnalytikerInnen aus London wie Hanna Segal, Betty Daniel, David Taylor und Michael Feldman konnte die Klinik ihre Expertise in diesem Behandlungsansatz kontinuierlich vertiefen.

In den Anfängen der Klinik unter Hans Strotzka war das Klinikteam multiprofessionell ausgerichtet und es waren neben der Psychoanalyse auch andere Therapierichtungen wie Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie und Familientherapie vertreten. Dabei entstand unter der Leitung von Peter Schuster als Psychoanalytiker und Hildegard Katschnig ein Projekt mit dem etwas sperrigen Namen Contextorientierte Modellentwicklung in der Psychotherapieplanung (COMEPP; Fischer-Kern et al. 2004). Ausgehend von der klinischen Beobachtung, dass viele Borderline-PatientInnen eine Reihe von fehlgeschlagenen Behandlungen in der Vorgeschichte haben, wurde mit COMEPP ein Modell der Diagnostik und Therapieplanung entwickelt, das psychoanalytische und systemische Ansätze integriert. Der standardisierte Ablauf eines solchen Diagnose- und Therapieplanungsprozesses umfasste eine Analyse der Vorgeschichte der PatientInnen mit Einbeziehung der VorbehandlerInnen, ein psychoanalytisches Erstinterview und ein diagnostisches Familiengespräch. Letzteres wurde von Hildegard Katschnig als Familientherapeutin und Peter Schuster als Psychoanalytiker geführt und durch die Reflexionen von zum Teil im Behandlungsraum anwesenden oder außerhalb des Behandlungsraum beobachtenden TherapeutInnen der Klinik ergänzt. Dieser umfassende diagnostische Prozess ermöglichte die Erarbeitung eines differenzierten Therapieplans und zeigte in der Umsetzung gute Ergebnisse bei einer Gruppe von sehr schwierigen und bisher behandlungsresistenten PatientInnen (Fischer-Kern et al. 2004). Leider kann aufgrund der hohen Personalintensität und der Entwicklung der Klinik in Richtung einer rein psychoanalytischen Einrichtung dieses vielversprechende Modell nicht mehr angeboten werden.

Die Ambulanzstatistik

In den letzten 35 Jahren wurden in etwa 3000 Personen mit einer Persönlichkeitsstörung an der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie erstvorstellig, dies entspricht in etwa der Hälfte der gesamtvorstelligen Personen. Während die Anzahl der mit einer Persönlichkeitsstörung diagnostizierten PatientInnen über diesen Zeitraum weitgehend gleich blieb, verschoben sich die spezifischen Persönlichkeitsstörungen deutlich. Während vor der Einführung der ICD-

Abb. 1 Prozentualer Anteil der spezifischen Persönlichkeitsstörungen seit Einführung des ICD-10

PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN (2010 - 2018)

10 (WHO 2004) die hysterische Persönlichkeitsstörung und „andere Persönlichkeitsstörungen“ (die exzentrische, haltlose, unreife, passiv-aggressive oder psychoneurotische Persönlichkeit) überwogen, kam es mit der Einführung der „emotional instabilen Persönlichkeitsstörung“ im ICD-10 zu einem deutlichen Anstieg dieser Diagnose, die dann über die Jahre relativ stabil blieb (Abb. 1).

Somit ist die „emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ die am meisten vergebene Persönlichkeitsstörung an der Klinik für Psychoanalyse und macht in etwa die Hälfte der PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung aus. In Übereinstimmung mit den Prävalenzzahlen in der Literatur werden deutlich mehr Frauen mit einer emotional instabilen Persön-

lichkeitsstörung diagnostiziert als Männer. Das Alter der PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen hat sich im Lauf der Jahre kaum verändert und liegt im Durchschnitt bei etwa 31 Jahren, PatientInnen mit der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sind jedoch im Vergleich deutlich jünger. Obwohl sie jünger sind, haben diese PatientInnen deutlich mehr Vorbehandlungen in der Anamnese als PatientInnen mit anderen Persönlichkeitsstörungen. Prospektiv verhält es sich ähnlich. PatientInnen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung sind deutlich schlechter überweisbar und brechen häufiger den Therapieplanungsprozess ab. Nur etwa die Hälfte der PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung sind berufstätig oder gehen einer anderen Beschäftigung nach (Abb. 2). Nachdem nur eine geringe Zahl von Borderline-PatientInnen, die unsere Klinik aufsuchen, ein höheres Bildungsniveau (Abb. 3) aufweisen, sind die Möglichkeiten, sie in eine zufriedenstellende Beschäftigung zu bringen begrenzt. So sind sie auch bei hoher persönlicher Therapiemotivation oft aus ökonomischen Gründen schwer in eine Psychotherapie vermittelbar, die einen eigenen Kostenbeitrag voraussetzt.

In dieser einfachen Statistik werden bereits einige der zentralen Problemstellungen hinsichtlich der psychotherapeutischen Versorgung von PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung deutlich.

Die Diagnostik der Borderline-Störung

Da die Klinik als universitäre Einrichtung neben der PatientInnenbehandlung auch der Forschung verpflichtet ist, sind wir in der Diagnosestellung neben dem ICD auch am amerikanischen DSM orientiert. Das DSM-5 (APA 2013) definiert die Borderline-Persönlichkeitsstörung

LEBENSUNTERHALT

Abb. 2 Lebensunterhalt der PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. (Sonstiges: jeder Form der Beschäftigung ohne Einkommen z.B.: StudentIn, SchülerIn, Hausfrau/mann)

Abb. 3 Höchster besuchter Schultyp der PatientInnen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung

sönlichkeitsstörung als „ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie deutlicher Impulsivität“. Die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wird gestellt, wenn fünf von neun Schlüsselkriterien erfüllt sind: Angst vor Verlassenwerden, Instabilität von Beziehungen, Identitätsstörung, Impulsivität, selbstverletzendes Verhalten, affektive Instabilität, chronische Leere und vorübergehende psychotische Symptome. In Ergänzung zu dieser kategorialen Diagnostik schlägt das DSM-5 im Anhang ein alternatives, dimensionales Modell zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen vor mit den zwei Modulen Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit und problematische Persönlichkeitsmerkmale. Besonders für das erste Modul ist die Überschneidung mit dem strukturellen Interview nach Kernberg (1981) und des daraus weiterentwickelten strukturierten Interviews der Persönlichkeitsorganisation (STIPO; Clarkin et al. 2004)¹ frappierend.

Eine über die am Symptom und den beobachtbaren Verhaltensweisen hinausgehende diagnostische Einschätzung der Struktur der Persönlichkeit ist für die Diagnostik und Therapieplanung in einem psychoanalytischen Setting entscheidend, zielen doch die Psychoanalyse und die psychoanalytische Psychotherapie auf eine strukturelle Veränderung ab. Dabei sind wir, wie schon in der einleitenden Klinikvorstellung angedeutet, an den Konzepten von Kernberg und seiner Arbeitsgruppe orientiert. In seinem strukturellen Interview (1981) hat Kernberg das Struktur-niveau der Persönlichkeit an den Kernkonzepten der

Identität (integrierte Identität vs. Identitätsdiffusion), Reife der Abwehrmechanismen und Fähigkeit der Realitätsprüfung festgemacht. Das daraus abgeleitete operationalisierte Instrument des STIPO (Clarkin et al. 2004) differenziert die Dimensionen der Persönlichkeit: Identität, Objektbeziehungen, Primitive Abwehr, Coping/Rigidität, Aggression und moralische Werte. Ein weiteres strukturiertes Merkmal der Persönlichkeit, die Mentalisierungsfähigkeit, kann anhand der reflexiven Funktion (Fonagy et al. 1998) operationalisiert erfasst werden. Darüber hinaus bildet die Auswertung des Adult Attachment Interviews (AAI)² zur Erfassung der Bindungsrepräsentanz einen wesentlichen Aspekt des psychischen Funktionsniveaus einer Persönlichkeit ab.

Diese Unterscheidung zwischen einer symptomatisch, kategorialen und einer charakterologisch, dimensional Ebene ist keinesfalls als akademisch anzusehen, wie Langzeitstudien zum Verlauf der Erkrankung zeigen.

Die Prognose und der Verlauf der Borderline-Störung

Bis in die 1980er-Jahre galt die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine im akuten Zustand mitunter lebensbedrohlich imponierende, die Betroffenen und deren Umfeld stark beeinträchtigende und weitgehend unbehandelbare Erkrankung. In den letzten Jahrzehnten hat sich das Wissen über die Ätiologie, das Erscheinungsbild und die Prognose dieser Erkrankung wesentlich weiterentwickelt und es stehen Lang-

¹ Freies Download unter <http://klinikum.uni-muenster.de/index.php?id=2269>.

² George, C., Kaplan, N., Main, M. (1985). The Adult Attachment Interview (unpubl. Manuscript). Berkeley, University of California at Berkeley.

zeitstudien für eine differenzierte Analyse der Verläufe zur Verfügung. Die McLean Study of Adult Development (MSAD) von Zanarini et al. (2003) untersuchte 290 PatientInnen mit Borderline-Störungen seit 1993 (mit einem maximalen Follow-Up von 20 Jahren) im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen. In der Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS; Gunderson et al. 2011) wurden 158 PatientInnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung seit 1999 untersucht und mit anderen Persönlichkeitsstörungen und Major Depression (MDD) verglichen. Insgesamt zeichnen diese beiden sorgfältig durchgeführten Studien – zumindest auf den ersten Blick – ein weitaus positiveres Bild des Behandlungsverlaufs wie ursprünglich angenommen.

So hat die MSAD-Studie gezeigt, dass ein Drittel der Borderline-PatientInnen nach 2 Jahren eine Remission erreicht haben, nach 10 Jahren waren 88 % remittiert. Es zeigte sich, dass Suizide weit weniger häufig waren, als ursprünglich angenommen. Generell fand man für die akuten Symptome wie Selbstverletzung oder Impulsivität eine gute Remission, sodass es sich als zweckmäßig herausstellte, die akuten Symptome von den mehr charakterologischen Symptomen wie chronischer Ärger oder innere Leere zu differenzieren. Letztere zeigten sich in den Langzeitstudien als wenig veränderbar. So war im 12 Jahresfollow-up die Unfähigkeit alleine zu sein, das von den PatientInnen als am stärksten belastende Symptom angegeben worden. Die Ergebnisse der CLPS-Studie weisen in eine ähnliche Richtung und zeigen im 10-Jahres-Follow-up eine Remissionsrate von 85 %. Die Remission erfolgte langsamer als bei den anderen Persönlichkeitsstörungen und bei der MDD, die Borderline-Störung hatte aber eine geringere Rückfallrate als die MDD. In der Interpretation dieser Langzeitstudien muss zwischen „Remission“ und „Recovery“ unterschieden werden. Während „Remission“ im Sinne des DSM bedeutet, dass weniger als 5 der 9 Symptome vorhanden sind, beschreibt „Recovery“ eine umfassende Stabilisierung im Sinne einer symptomatischen Remission und einem guten sozialen und beruflichen Funktionsniveau (äquivalent einer Vollzeitbeschäftigung). Wie die Langzeitstudien zeigen, erreichen 40 % der Borderline-PatientInnen dieses Ziel langfristig nicht anhaltend.

Diese Ergebnisse haben eine eminente Bedeutung für die individuellen PatientInnen hinsichtlich der Frage, ob sie lediglich von ihren akuten Symptomen befreit werden oder darüber hinaus ein zufriedenstellendes Berufsleben, Beziehungsleben und eine erfüllende Freizeit erleben können. Letztere sind ausdrückliche Therapieziele in den psychoanalytischen Behandlungsverfahren. Schon Freud ist davon ausgegangen, dass „das Ziel einer psychoanalytischen Behandlung die Herstellung der Leistungs- und Genussfähigkeit des Kranken ist“ (Freud 1904a). Abgesehen vom Wohl der individuellen PatientInnen hat die Frage nach dem Therapieziel (Remission vs. Recov-

ery, symptomatische vs. strukturelle Verbesserung) auch einen hohen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Stellenwert. In diesem Sinn muss die psychoanalytische Psychotherapie im Vergleich zu anderen, für die Behandlung von Borderline-Störungen anerkannten Therapiemethoden das Erreichen einer strukturellen Verbesserung unter Beweis stellen, um die höherfrequente und vergleichsweise längere Behandlungsdauer zu legitimieren.

Mit einer, gemeinsam mit der TU München durchgeführten multizentrischen RCT-Studie hat sich die Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie erfolgreich dieser Herausforderung gestellt (Doering et al. 2010; Fischer-Kern et al. 2015; Tmej et al. 2018, 2020; Buchheim et al. 2017).

Die Behandlung von PatientInnen mit Borderline-Störung

Entsprechend internationaler Richtlinien (Simonsen et al. 2019) wird Psychotherapie als die wesentlichste Strategie in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) erachtet, psychopharmakologische Behandlung stellt eine ergänzende Maßnahme dar. Für die psychotherapeutische Behandlung stehen derzeit vier manualisierte Therapieformen zur Verfügung, die psychodynamischen Therapien Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT; Bateman und Fonagy 2008) und Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP; Yeomans et al. 2017), die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Linehan 1996) und die Schemafokussierte Therapie (SFT; Young et al. 2005).

Wie in der Einleitung berichtet, konnten wir an der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie Erfahrungen mit der Durchführung der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) sammeln und diese in einer RCT-Studie evaluieren. Übertragungsfokussierte Therapie basiert auf Kernbergs Konzeptualisierung der Persönlichkeitsstörungen (Kernberg 1992) auf der Grundlage der Objektbeziehungstheorie und Ich-Psychologie. Kernberg geht davon aus, dass ein Übermaß frühkindlicher Aggression zu einer Spaltung der positiven und negativen Repräsentanzen des Selbst und der Objekte führt. Dieses Übermaß an Aggression kann konstitutionell oder umweltbedingt durch reale Frustrationen bedingt sein. Mit diesen Spaltungsmechanismen einhergehend sind Schwierigkeiten in der Impulskontrolle, im Aufbau einer stabilen Identität und der Fähigkeit, auch in Spitzenaffekten die Realitätsprüfung aufrecht zu erhalten.

Das Ziel der TFP-Therapie ist die Symptomreduktion sowie die Veränderung der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur durch eine Modifikation der Repräsentanzen des Selbst und wichtiger anderer Menschen, die in der Übertragung aktiviert werden und im „Hier und Jetzt“ der therapeutischen Beziehung bearbeitet werden können. Klärung, Konfrontation und Deutung sind die primären Techniken der Therapie, die in einer Frequenz von zwei Wochenstunden in

einem Face to Face Setting durchgeführt wird. Die Therapiedauer beträgt mehrere Jahre. Zu Beginn der Therapie werden in einem Behandlungskontrakt Vereinbarungen zum Umgang mit Problembereichen wie Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten und Therapieabbruch getroffen. Dieser Therapievertrag sowie ein striktes Setting der Behandlung geben den PatientInnen eine vorgegebene Struktur, die die Heftigkeit und das Chaos im subjektiven Erleben begrenzt. Umgekehrt bietet das manualgeleitete und empirisch gestützte Verfahren der Übertragungsfokussierten Psychotherapie den BehandlerInnen Sicherheit und Orientierung in der schwierigen Arbeit mit diesen PatientInnen. Ein Therapiemanual in deutscher Sprache liegt vor (Yeomans et al. 2017); Ausbildungen in der TFP werden international (z.B. in Wien und in München) angeboten.

Studien zur Wirksamkeit der Übertragungsfokussierten Psychotherapie

2006 wurde eine erste randomisiert kontrollierte Studie (Giesen-Bloo et al. 2006) veröffentlicht, in der SFT im Vergleich zu TFP in verschiedenen Outcomevariablen überlegen war. In einem zweiten RCT (Clarkin et al. 2007) wurde in New York TFP mit DBT und stützender Psychotherapie verglichen. In dieser Studie konnten in allen Therapien Verbesserungen auf Symptomebene nachgewiesen werden, jedoch kam es nur in den TFP-Behandlungen zu einer signifikanten Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit und des Bindungsstils (Levy et al. 2006). Diese Ergebnisse lassen sich dahingehend interpretieren, dass TFP über die Symptomverbesserung hinaus strukturelle Merkmale der Persönlichkeit verändern kann. In einer randomisiert-kontrollierten Multicenterstudie der TU München und der Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien (Doering et al. 2010), wurde TFP mit der Behandlung durch erfahrene PsychotherapeutInnen (ECT; experienced community psychotherapists) verglichen. TFP-Behandlungen führten zu signifikant besseren Ergebnissen hinsichtlich Anzahl der Suizidversuche, Anzahl der stationär-psychiatrischen Aufnahmen, Anzahl der Therapieabbrüche, allgemeines psychosoziales Funktionsniveau und Anzahl der DSM-IV BPS-Kriterien. Darüber hinaus war TFP hinsichtlich einer strukturellen Verbesserung der Persönlichkeit überlegen. So kam es hinsichtlich der Mentalisierungsfähigkeit nur in der TFP-Therapie zu einer signifikanten Verbesserung (Fischer-Kern et al. 2015; Tmej et al. 2018). Ebenfalls verbesserte sich die Bindungsrepräsentation signifikant in der mit TFP behandelten PatientInnengruppe (Buchheim et al. 2017; Tmej et al. 2020). Mit diesen Studien hat sich die Übertragungsfokussierte Psychotherapie als eine empirisch validierte, wirksame Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung etabliert. Anhand einer Fallvignette soll dies abschließend veranschaulicht werden.

Patientin K³

Frau K ist eine 28-jährige Patientin, die nach einigen Therapieabbrüchen wegen einer schweren depressiven Verstimmung mit Suizidgedanken und Selbstverletzung die Ambulanz mit dem Wunsch nach neuerlicher Psychotherapie aufsucht. Die durchgeführten standardisierten Interviews bestätigen die klinische Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im STIPO wird eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation II (mittlerer Schweregrad) mit ausgeprägten Einschränkungen in den Dimensionen Identität, primitive Abwehr und (Auto)Aggression erhoben. Aus dem AAI kann eine starke Beeinträchtigung der Mentalisierungsfähigkeit abgeleitet werden. Mit einer reflexiven Funktion von 2 auf einer Skala von –1 bis 9 ist die Fähigkeit der Patientin, über sich und signifikante Andere auf einer psychologischen Ebene nachzudenken, stark eingeschränkt und ihre Aussagen sind auf einer konkreten Handlungs- und Verhaltensebene verortet. Hinsichtlich der Bindungsrepräsentation gibt das AAI Hinweise auf eine eingeschränkte Verarbeitung traumatischer Erfahrungen, die jedoch nicht das Ausmaß für eine desorganisierte Bindung erreicht. Ein unsicher-vermeidender Bindungstyp mit Idealisierung beider Eltern bei gleichzeitiger Verleugnung der schwierigen Erfahrungen, die sie in der Familie gemacht hat, wird vergeben. Ein kleiner Ausschnitt aus dem AAI dient der Erläuterung.

In einer relativ fortgeschrittenen Phase des ca. einstündigen Interviews, in der die schwierigen Kindheitserfahrungen der Patientin einschließlich langer Phasen der Abwesenheit der Mutter bedingt durch schwere psychische Erkrankung und die Gewalterfahrungen durch den Vater bereits deutlich zur Sprache kamen, antwortet die Patientin auf die integrierende, reflexionsfördernde Frage: „Haben Sie denn eine Erklärung dafür warum sich Ihre Eltern Ihnen als Kind gegenüber so verhalten haben, wie sie's getan haben?“ wie folgt:

Meine Mutter hat mich einfach über alles geliebt! Und mein Vater? Also in meiner Familie, so wie eh in den meisten, war der Vater der Brutale, aber warum das so war, das weiß ich eigentlich nicht. Also er ist ohne Vater aufgewachsen. Sein Vater war auch ein schwerer Trinker, also ob das irgendwie auf ihn gewirkt hat? Aber warum er zu mir freundlicher war als zu meinen Geschwistern, das weiß ich eigentlich nicht.

Dieser kurze Ausschnitt zeigt, dass sich die Patientin in ihren Überlegungen ausschließlich auf eine Ebene des Verhaltens bezieht, ein Versuch, hinter dem manifesten Verhalten mentale Zustände zu „lesen“, bleiben aus. Den Schmerz der aversiven Erfahrungen,

³ Die Fallvignette stellt keine konkrete Patientin dar, sondern ist eine Amalgamierung aus den Therapieerfahrungen mit verschiedenen Borderline-PatientInnen.

von denen sie berichtete, scheint sie versuchen zu vermeiden, indem sie sich trotz aller widrigen Umstände in eine Sonderposition des geliebten und über die anderen Kinder gestellten Kindes setzt.

Nach den Eingangsuntersuchungen und einer eingehenden Anamnese der Vorbehandlungen wird mit der Patientin eine TFP-Therapie vereinbart. Im Therapievertrag liegt ein Fokus auf der Gefahr eines neuerlichen Behandlungsabbruchs. Mit der Patientin wird ein *Procedere* vereinbart, in dem sie sich verpflichtet, Abbruchsgedanken frühzeitig in der Therapie zu thematisieren und zustimmt, im Fall eines sich konkretisierenden Abbruchswunsches einen Zeitraum von 2 Wochen einzuräumen, in denen sie auf jeden Fall weiterhin in die Therapie kommt. Ziel dieser Vereinbarung ist die Vermeidung eines impulsiven Abbruchs. Ein weiterer Fokus liegt auf Suizidalität und Selbstverletzung. Es wird gemeinsam mit der Patientin ein genaues *Procedere* erarbeitet, wie beim Auftreten von Suizidgedanken und Selbstverletzungsimpulsen umzugehen ist. Eine psychiatrische Behandlung gleichzeitig mit der Psychotherapie wird verpflichtend vereinbart. Die Initialphase der Behandlung gestaltet sich turbulent, eine kurzfristige stationäre Aufnahme aufgrund unbeherrschbarer Suizidimpulse wird notwendig. Im Anschluss stabilisiert sich die Situation und die Patientin kann regelmäßig 2× wöchentlich ihre Sitzungen wahrnehmen und diese konstruktiv nutzen. Die Impulsivität lässt allmählich nach und sie beginnt sich Gedanken zu machen, ihre abgebrochene Ausbildung wiederaufzunehmen. Eine idealisierende Identifizierung mit der Therapeutin spielt dabei eine entscheidende Rolle, sie will der Therapeutin nicht nur nahe sein, sie will wie sie sein. Durch die erste Sommerpause wird diese positive Übertragung erschüttert und es kommt zu einem neuerlichen Überhandnehmen von Gefühlen von Selbsthass, welches mit Selbstverletzungen durch Zufügen von Schnittwunden einhergeht. Mit Unterstützung des Psychiaters kann diese Krise ohne neuerliche stationäre Aufnahme bewältigt werden. Nach der Sommerpause verleugnet die Patientin zunächst jegliche Bedeutung der Unterbrechung und erst nach mehreren Stunden brechen die Wut und schließlich auch die Trauer über die erlebte Zurückweisung aus ihr heraus. Aus ihrer Biographie kann das mit den wiederholten Brüchen in der Beziehung zu ihrer Mutter in Verbindung gebracht werden, die bedingt durch ihre psychische Erkrankung immer wieder in einer Klinik behandelt werden muss. Die Durcharbeitung dieser Problematik stellt für die Patientin eine schmerzhaft Erfahrung dar. Nach Beendigung des ersten Behandlungsjahrs werden verschiedene Tests durchgeführt bzw. wiederholt (die Behandlung erfolgt im Rahmen der RCT-Studie), so auch das AAI. Aus der Art, wie die Patientin jetzt über ihre Geschichte sprechen kann, können dabei Rückschlüsse über eine beginnende strukturelle Veränderung gezogen werden.

Sie wird also wieder gefragt: „Haben Sie eine Erklärung dafür, warum sich Ihre Eltern Ihnen als Kind gegenüber so verhalten haben, wie sie es getan haben?“:

Also, dass mein Vater so aggressiv war, ich denk, dass das vielleicht auch mit in der Familie liegt, sein Vater war auch Alkoholiker und war so aggressiv und er war wohl auch schon in seiner Jugend ziemlich aggressiv. Bei denen war es noch dazu nicht nur der Vater, auch seine Mutter muss wohl aggressiv gewesen sein und ihn immer wieder geschlagen haben. Das hat auf jeden Fall eine Rolle gespielt. Ich denke aber es war auch noch etwas Anderes. Ich habe so das Gefühl, dass es auch verzweifelt war mit der Situation, verantwortlich für eine Frau und drei Kinder in einer kleinen Wohnung, er ganz allein.

Und warum meine Mutter sich das alles, ja, okay, gefallen hat lassen und zugelassen hat auch, diese Gewalt immer wieder. Gut sei war abhängig von ihm, das auf jeden Fall. Ich glaub aber auch, dass meine Mutter einfach selber mit sich so viel, also, so zu tun hatte mit ihren Erkrankungen und so, dass sie das überhaupt nicht ertragen konnte, dass es mir schlecht geht.

In dieser Sequenz fällt auf, dass die Patientin im Gegensatz zum ersten Interview vor Behandlungsbeginn in Ergänzung zur Beschreibung äußerer Umstände und Fakten versucht, sich ein Bild zu machen von der inneren Welt ihres Vaters, von seiner Verzweiflung. Zumindest ansatzweise kann sie Verständnis für ihn aufbringen. Möglicherweise kann sie deshalb den Schutz aufgeben, sich in eine Sonderposition stellen zu müssen als derjenigen unter den Geschwistern, der es besser ergangen ist. In der Einstellung zu ihrer Mutter hat sich ebenfalls etwas verändert, nun darf zur Sprache kommen, dass diese krank war, dass sie sich nicht immer um die Patientin kümmern konnte und – das scheint ein sehr wesentlicher Aspekt – erstmals kann sich die Patientin eingestehen, dass es ihr selbst schlecht ging. Sie ist nicht mehr die über alles Geliebte und Auserkorene. Sowohl an der Einstellung zu den Objekten als auch in Hinblick auf die Selbstrepräsentanz hat die Spaltung nachgelassen und erste Integrationsschritte in Richtung einer integrierten Objektrepräsentanz und einer integrierten Selbstrepräsentanz werden sichtbar. In der Gesamtauswertung wurde die Patientin weiterhin in ihrem Bindungstyp als unsicher vermeidend eingestuft, die Mentalisierungsfähigkeit hat sich auf der 10-teiligen Skala um einen Punkt auf eine reflexive Funktion von 3 (beginnende Mentalisierungsfähigkeit) verbessert. Nach einem Behandlungsjahr mit TFP hat sich die Symptombelastung der Patientin, ihre Impulsivität und affektive Labilität, deutlich gebessert. Es finden sich jedoch über diese symptomatische Verbesserung hinaus auch Anzeichen einer strukturellen Verbesserung in Richtung einer Identitätsintegration und eines Nachlassens der

primitiven Abwehr. Die kleinen Ausschnitte aus dem Bindungsinterview zeigen den Beginn dieser Entwicklung.

Funding Open access funding provided by Medical University of Vienna.

Interessenkonflikt M. Fischer-Kern und J. Alexopoulos geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2008). *Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen: Psychosozialverlag.
- Buchheim, A., Hörz-Sagstetter, S., Doering, S., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., Pokorny, D., & Fischer-Kern, M. (2017). Change of unresolved attachment in borderline personality disorder: RCT study of transference-focused psychotherapy. *Psychother Psychosom*, 86, 314–316.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzeweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiway study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922–928.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. L., Kernberg, O. F. (2004). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Unpublished Manuscript. New York: Personality Disorders Institute, Weill Medical College of Cornell University. Deutsche Übersetzung: *Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation* (Übers. Doering, S.). Münster: Universität Münster. Download der deutschen Version: *Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation – Deutsche Version (STIPO-D)*
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 389–395.
- Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., & Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: change in reflective function. *The British Journal of Psychiatry*, 207, 173–174.
- Fischer-Kern, M., Leithner, K., Hilger, E., Löffler-Stastka, H., & Schuster, P. (2004). Context-Oriented Model Development in Psychotherapy Planning (COMEPP): a useful adjunct to diagnosis and therapy of severe personality disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 109, 235–238.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. London: University College London.
- Freud, S. (1904a). *Die Freudsche psychoanalytische Methode*. GW V. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., et al. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Arch Gen Psychiatry*, 68, 827–837.
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 169–195.
- Kernberg, O. F. (1992). *Schwere Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., 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, 1027–1040.
- Linehan, M. (1996). *Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. CIP-Medien
- Simonsen, S., Bateman, A., Bohus, M., et al. (2019). European guidelines for personality disorders: past, present and future. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6, 9.
- Tmej, A., Fischer-Kern, M., Doering, S., Alexopoulos, J., & Buchheim, A. (2018). Changes in attachment representation in psychotherapy: Is reflective functioning the crucial factor? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 64, 222–236.
- Tmej, A., Fischer-Kern, M., Doering, S., Hörz-Sagstetter, S., Rentrop, M., & Buchheim, A. (2020). Borderline patients before and after one year of transference-focused psychotherapy (TFP): a detailed analysis of change of attachment representations. *Psychoanalytic Psychology*. <https://doi.org/10.1037/pap0000302>.
- World Health Organization (2004). *ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision* (2. Aufl.).
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2017). *Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Borderline-Patienten*. Stuttgart: Schattauer.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. (2005). *Schematherapie*. Paderborn: Junfermann.
- 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. *Am J Psychiatry*, 160, 274–283.

Hinweis des Verlags Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.