

Suizidalität und Aggression bei schweren Persönlichkeitsstörungen – was bietet die Übertragungsfokussierte Psychotherapie?

PD Dr. phil. Bernhard Grimmer

Behandlungsempfehlung bei BPS

REVIEW ARTICLE

135

Störungsspezifische psychotherapeutische Interventionen als Behandlung der Wahl

Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen der SGPP

Sebastian Euler^a, Gerhard Dammann^b, Katrin Endtner^c, Florian Leihener^d, Nader A. Perroud^e, Thomas Reisch^f, Klaus Schmeck^g, Daniel Sollberger^h, Marc Walter^a, Ueli Kramerⁱ

^aErwachsenen-Psychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK) Basel, Schweiz; ^bPsychiatrische Klinik Münsterlingen, Psychiatrische Dienste Thurgau, Schweiz; ^cPsychiatrischer Dienst Spital Emmental AG, Burgdorf, Schweiz; ^dArbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher Psychotherapie (AWP) Zürich, Schweiz; Psychotherapeutische Praxis, Männedorf, Schweiz; ^eService des Spécialités Psychiatriques, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Schweiz;

^fPsychiatriezentrum Münsingen AG (PZM), Schweiz; ^gKinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), Schweiz;

^hPsychiatrie Baselland (PBL), Liestal, Schweiz; ⁱDépartement de Psychiatrie, Université de Lausanne; Department of Psychology, University of Windsor, Canada

Warum störungsspezifische Verfahren bei Persönlichkeitsstörungen?

- Grosse Instabilität (Selbst und Beziehungen)
- Viele Therapieabbrüche
- Schwierige Gegenübertragungsgefühle
- Komorbiditäten (Sucht, Essstörungen)
- Sekundärer Krankheitsgewinn

- Selbst- und fremddestruktives Agieren (Suizidalität, Hass)

Borderline-Störung: Behandlungsempfehlungen der SGPP

Sebastian Euler^a, Gerhard Dammann^b, Katrin Endtner^c, Florian Leihener^d, Nader A. Perroud^e, Thomas Reisch^f, Klaus Schmeck^g, Daniel Sollberger^h, Marc Walter^a, Ueli Kramerⁱ

Welche Wirkmechanismen und Behandlungsverfahren sind empirisch belegt?

Die Psychotherapie ist das Behandlungsverfahren der Wahl für die BPS. Als transtheoretische Wirkmechanismen in der Psychotherapie der BPS werden unter anderem eine positive therapeutische Allianz, eine verbesserte Emotionsregulation sowie eine verbesserte Mentalisierungsfähigkeit diskutiert [89–95].

Die Wirksamkeit störungsspezifischer Psychotherapieverfahren ist gut dokumentiert [11, 96–98], wobei die meisten Studien sich auf vier Therapien konzentrieren: Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) [99], Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) [100], Übertragungsfokussierte Therapie (TFP) [101] und Schematherapie (ST) [102]. Obwohl die diesen vier Behandlungsverfahren zugrundeliegenden Theoriemodelle unterschiedlich sind, weisen sie wichtige Gemeinsamkeiten auf: Es handelt sich um Manualgestützte, strukturierte Ansätze mit klarem Bezug zu typischen Schwierigkeiten von BPS-Patienten. Patienten werden zu selbständigem und selbstwirksamem Handeln ermutigt und darin unterstützt, Gefühle mit Geschehnissen oder Handlungen in Verbindung zu bringen. Therapeuten sind aktiv, responsiv und validierend und nehmen spezifische Super- oder Intervention in Anspruch [25, 26].

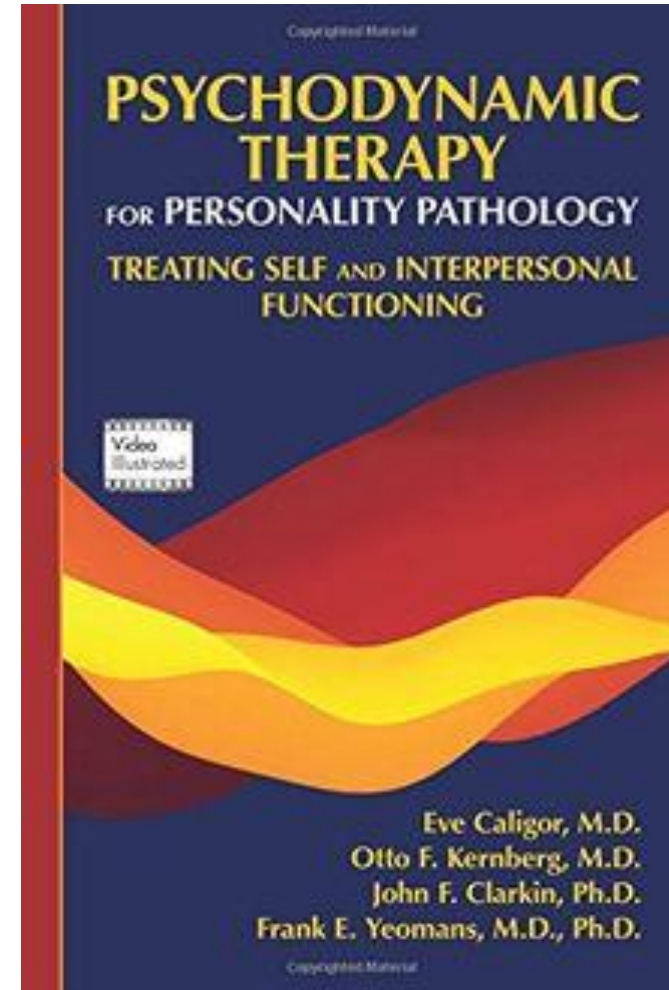
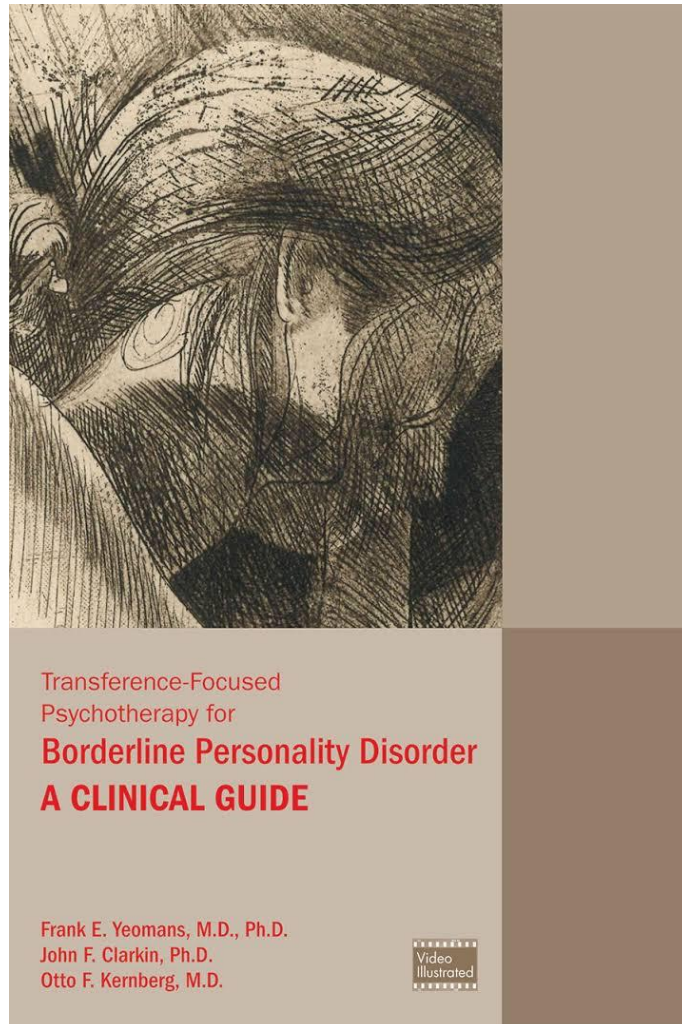
Übertragungsfokussierte Therapie

Zur Wirksamkeit der TFP liegen derzeit eine RCT (im Vergleich mit einer nicht-störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlung) [107] und eine Multi-Wave-Studie vor [108]. Darüber hinaus wurde in einer Untersuchung ein psychodynamischer TFP-basierter Ansatz mit Schematherapie verglichen [69, 109].

Clarkin et al. [108] zeigten in ihrer Studie – bei einer allerdings nur geringen statistischen Teststärke –, dass neben der Reduktion von Suizidalität bei der TFP insbesondere Verbesserungen der Impulskontrolle und die Reduktion von Aggressivität erreicht wurden. In der Studie von Doering et al. [107] erwies sich die TFP in den Bereichen Suizidalität, Borderline-Symptomatik, psychosoziale Funktionsfähigkeit, Persönlichkeitsorganisation sowie in der Häufigkeit stationärer Behandlungen als überlegen.



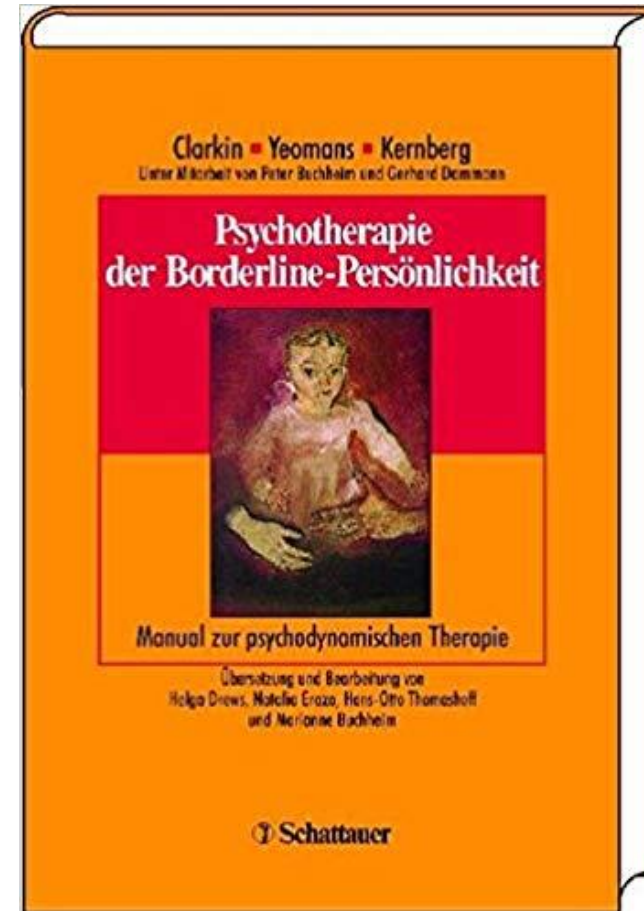
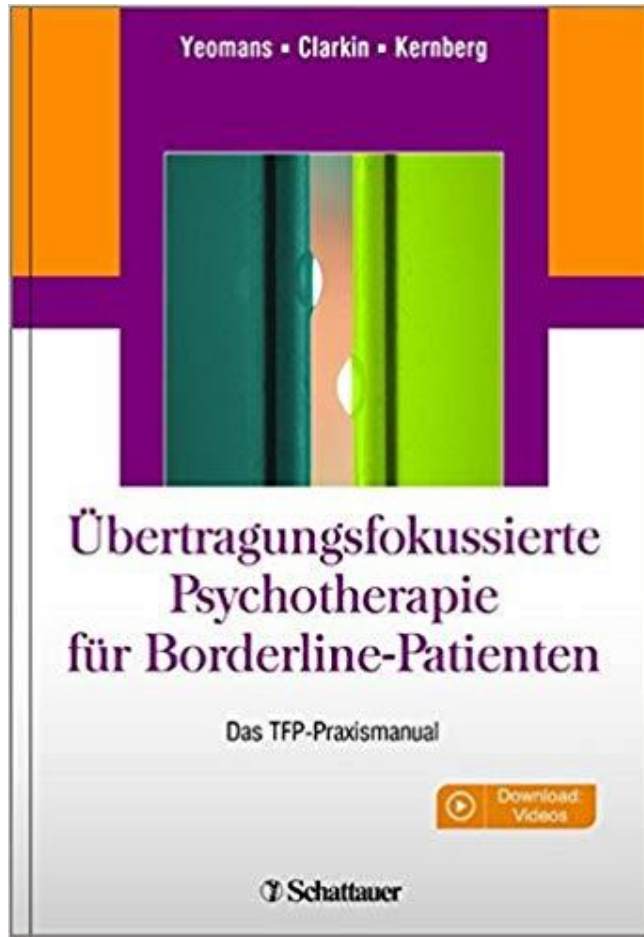
TFP-Manuale



Zusammenfassung Transference-Focused-Psychotherapy (TFP)

- Konzipiert von Otto F. Kernberg (1975, 1984, 1989)
- Manualisiert für BPO und BPD (1999, 2006, 2015)
- Evidenzbasiert (Clarkin et al. 2007, Doering et al. 2010)
- Modifizierte psychoanalytische / psychodynamische Psychotherapie, basierend auf Objektbeziehungs-Theorie
- Fokus auf internalisierte Objektbeziehungen und Übertragungsdeutungen im Hier und Jetzt aus einer dritten Position **BLICK AUF DIE DYADE**
- Techniken: Klärung, Konfrontation, Interpretation
- Behandlungsvertrag , Einhalten der Rahmenbedingungen und der technischen Neutralität
- 2 Sitzungen pro Woche im Sitzen über 80 bis 240 Std.

Deutschsprachige TFP-Manuale



Suizidalität und Aggression bei Persönlichkeitsstörungen – was bietet die TFP?

1. Modell zum Verständnis der herausfordernden Behandlungsdynamiken

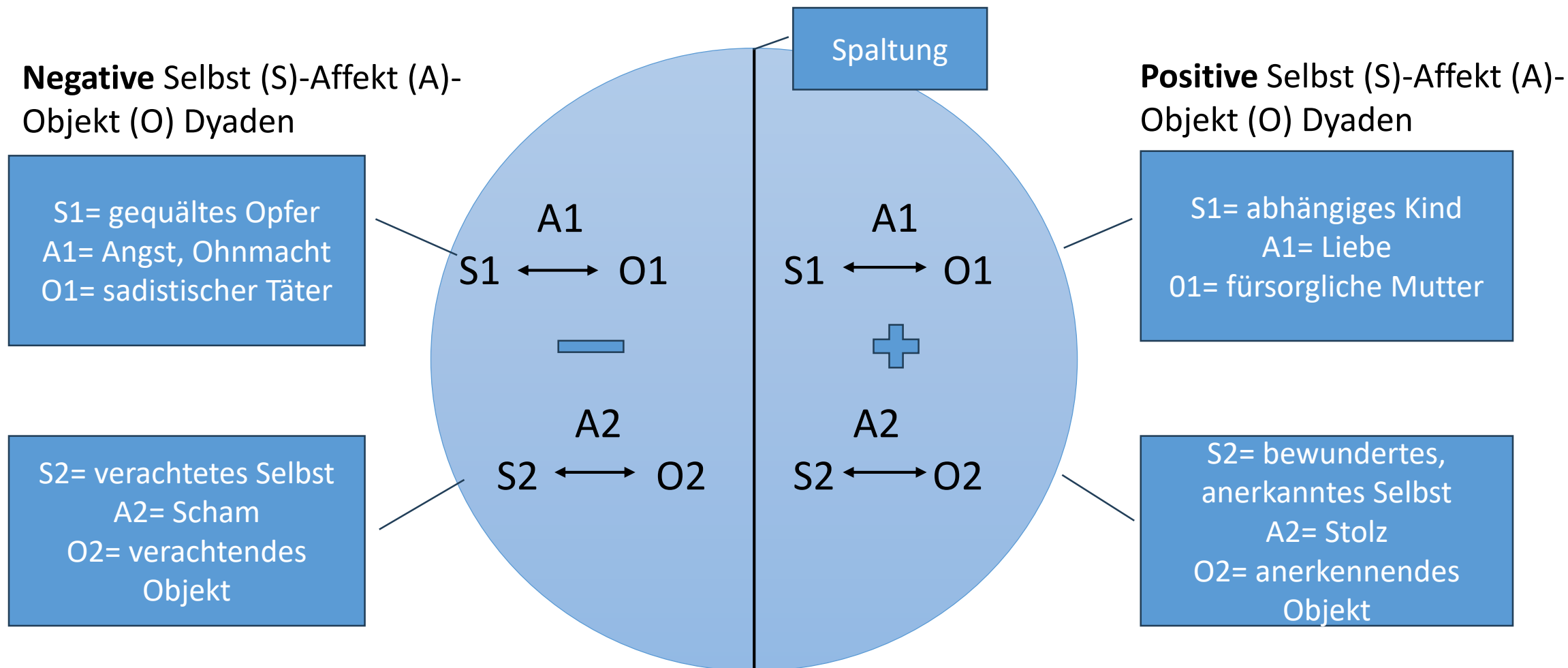
Psychoanalytische Objektbeziehungstheorie



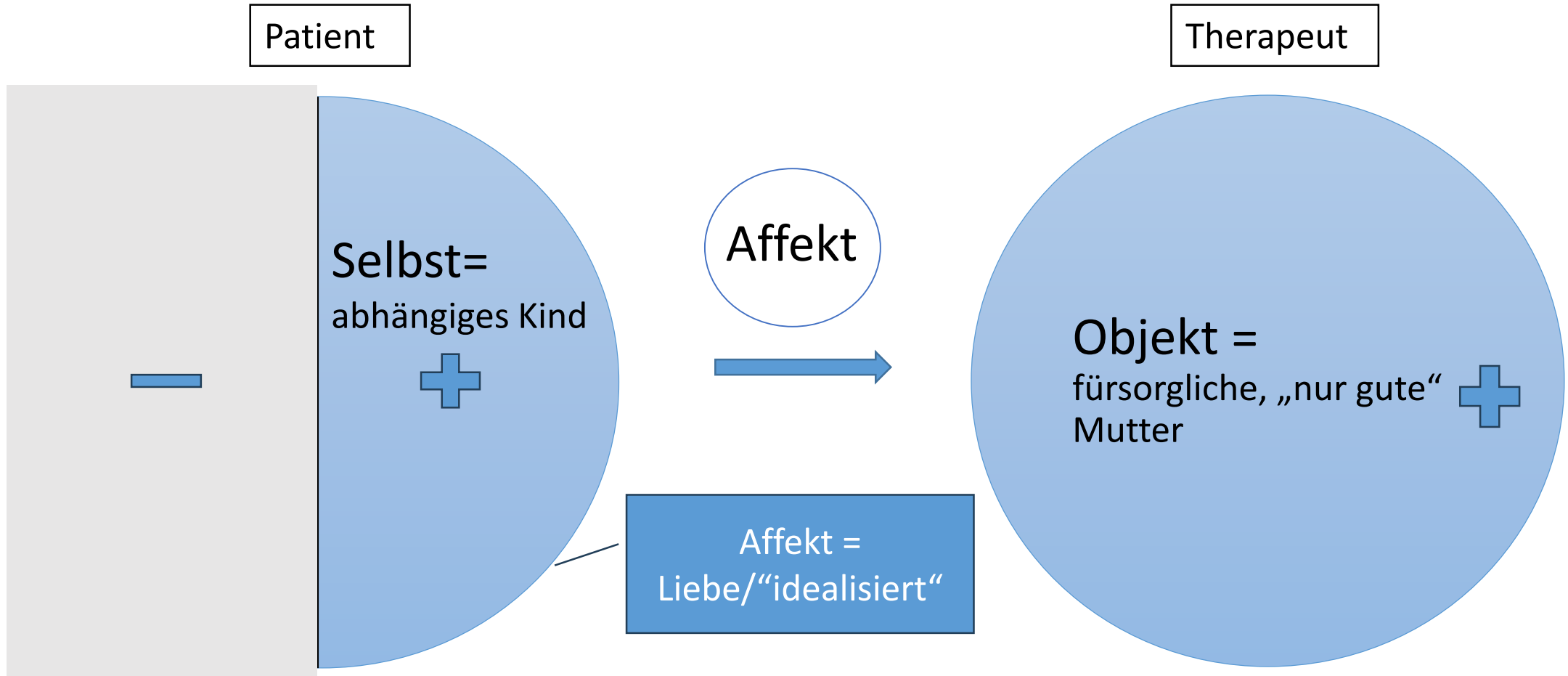
Selbst-Affekt-Objektbeziehungsdyade:

1. S-A-O Dyaden = Bausteine der psychischen Organisation: Motivation und Verhalten
2. Internalisierung der Erfahrung dynamischer Selbst-Affekt-Objektbeziehungs-Dyaden
3. Implizit wirksames Beziehungserfahrungsgedächtnis

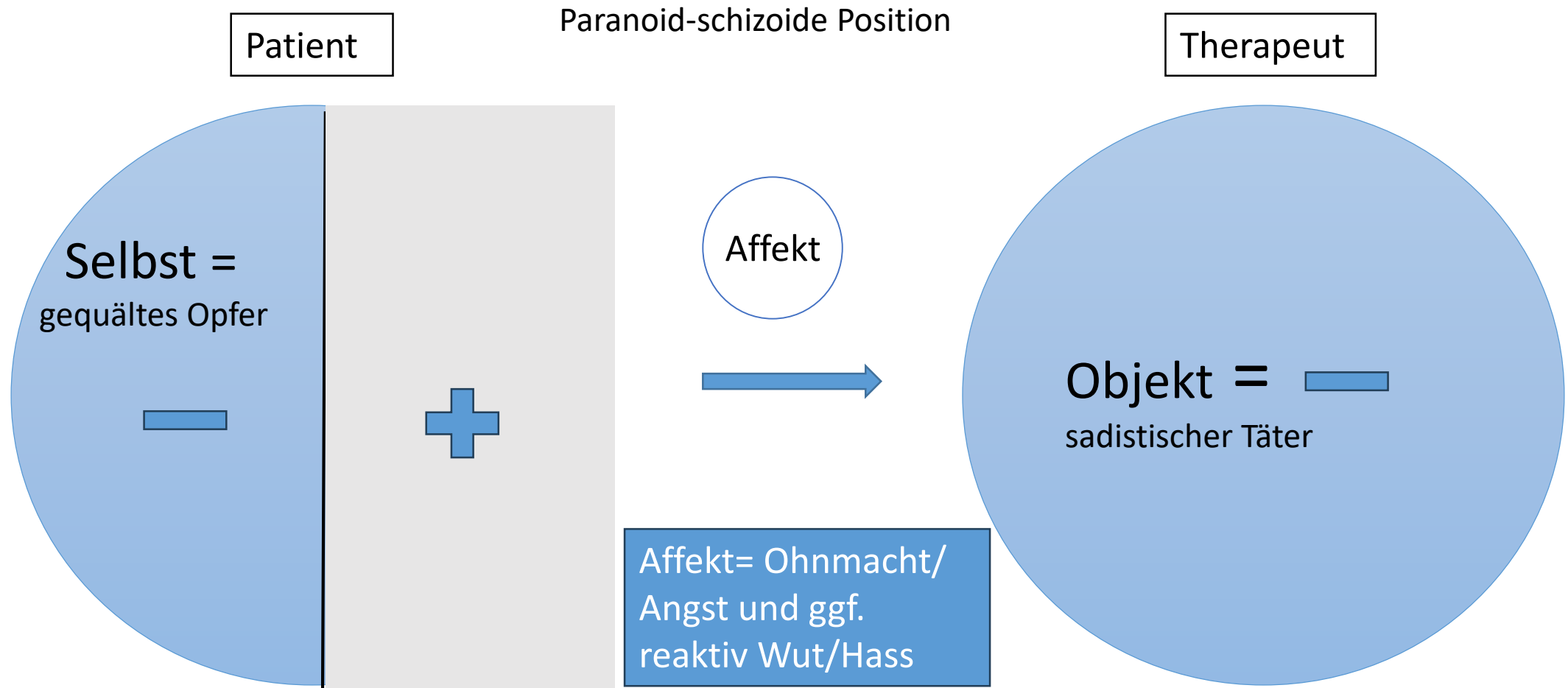
Borderlinepersönlichkeitsorganisation



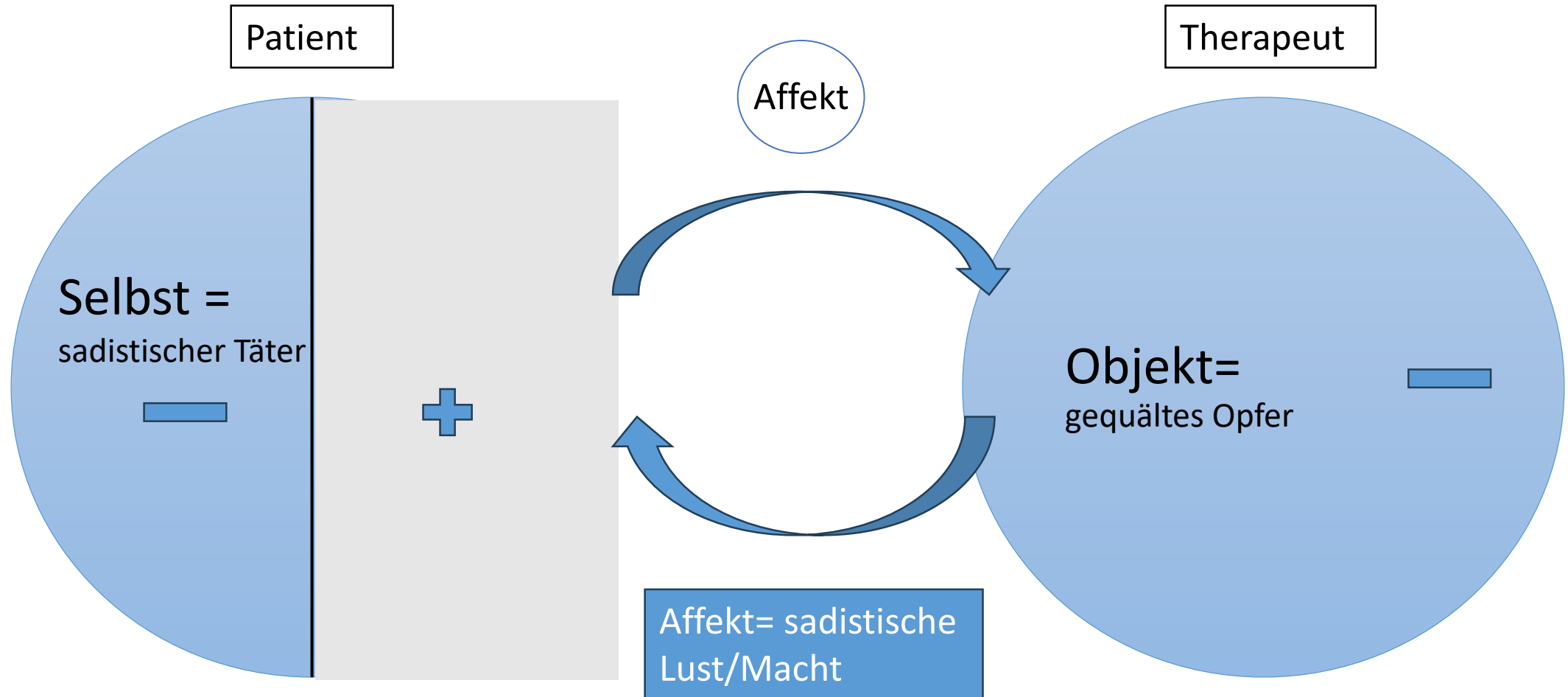
Positive Übertragung bei BPO



Negative Übertragung bei BPO



Rollenumkehr bei BPO



Wut und Hass- Borderlinepersönlichkeitsorganisation

- Aggression aufgrund von Temperament, aggressiv aufgeladener Erfahrungen (Objekt) und reaktiver Wut (Selbst)
- Abwehrmechanismen der Spaltung („Triebentmischung“), der Projektion (interpersonelle Täter-Opfer-Dynamiken) und der Rollenumkehr = paranoid aufgeladene Kampf-Flucht Beziehungen
- Über-Ich Pathologie (in unterschiedlichem Ausmaß) reduziert Hemmung
- Wut = positive Beziehung wiederherstellen
- Hass = Zerstörung des negativen Objekts

Hass als Kernaffect schwerer Persönlichkeitsstörungen

«Die intensive Bindung an die frustrierende Mutter ist der ursprüngliche Grund für die Umwandlung von Wut in Hass. Die Ursache dafür ist die Fixierung an eine Beziehung zu einem Objekt, das zutiefst gebraucht und gleichzeitig so erlebt wird, als sei es nur schlecht und habe das ideale, nur gute Objekt zerstört oder verschlungen.»

Kernberg (1998). Wut und Hass. Stuttgart: Klett-Cotta (S.43).

Hass als Kernaffect schwerer Persönlichkeitsstörungen

- Internalisierung und Identifizierung mit «Täter-Opfer-Dyade»
- Hass zielt auf Zerstörung/Rache an «schlechten» Objekt («Täter») oder Hass gegen das eigene Selbst («Identifikation mit Täter»)
- zerstört Fähigkeit des Selbst zur positiven Beziehung zum Objekt
- Abwehr gegen Bewusstwerden des Hasses: Angst Objekt zu verlieren/zu vernichten
- Hass wird projiziert oder agiert
- Hass gegen das eigene Selbst = selbstzerstörerische Impulse, SVV, Suizidalität

Suizidalität und Aggression bei Persönlichkeitsstörungen – was bietet die TFP?

2. Behandlungstechnisches Vorgehen anhand eines Fallbeispiels

Suizidalität bei BPO: Therapievertrag

- Selbstverantwortung und Verpflichtung des Patienten sich Hilfe zu holen
- falls nicht: Reaktion! (Therapieunterbrechung, -beendigung, stationäre Einweisung, andere Psychotherapie?)
- Schutz vor Gegenübertragungsgefühlen von Angst, Schuld oder Verfolgungsängsten
- Rahmen und Verantwortlichkeit klären hilft Übertragung- Gegenübertragung verstehen und Agieren zu begrenzen

TFP-Vorgehen in der Therapiestunde

- Schutz des therapeutischen Rahmens/Grenzen setzen
- Themenpriorisierung (Selbst-/Fremd-/Therapiegefährdung)
- Aufrechterhaltung technischer Neutralität
- Auswahl des Hauptthemas: “Was ist affektiv dominant?”
- Aktive Haltung: Klärung, Konfrontation, Deutung

Klärung der intrapsychischen und der interpersonellen Funktion von Suizidalität

- Suizidversuch oder vollendeter Suizid auch ein aggressiver Akt
- Wer ist in der inneren Welt, wer in der äusseren Welt der Patientin Ziel der Aggression?
- Welche Funktion zu diesem Zeitpunkt und in den aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen? («Trumpf-Karte»)
- Nur Sorge und Fürsorge = auch Verleugnung der Aggression und der Gegenaggression des Therapeuten

TFP-Intervention: Konfrontation

Ziel: Bewusstmachung widersprüchlicher oder agierter Anteile in den Mitteilungen des Patienten

- Zusammenbringen von bewusstem und unbewusstem Material (vom Patient nicht wahr genommen)
- Material vom Patient nicht verbalisiert, sondern agiert
- Widersprüche innerhalb der verbalen Kommunikation
- Widersprüche zwischen verbaler und nonverbaler Kommunikation

TFP-Technik: Bearbeiten der negativen Übertragung

- Fokussierung und Bearbeitung der Destruktivität
- Sadistische Lust/Triumph über Objekt im Hier und Jetzt benennen und containen (Neutralität!, nicht vorwurfsvoll)
- Zumutung (Anerkennung des eigenen Hasses)
- Erleichterung (Objekt weicht nicht aus oder bestraft)
- Hass wird bewusst und muss weniger agiert werden

TFP-Technik: Bearbeiten der negativen Übertragung

„Falls der Patient das bewusste Erleben einer sadistischen Lust in der Übertragung zulassen kann, ist damit ein erster Schritt zur Eindämmung des Hasses getan. Der Patient hat jetzt bezeichnender Weise weniger Angst vor den zerstörerischen Wirkungen seiner Aggression; sein Bedürfnis, Aggression zu projizieren, schwächt sich ab und er nimmt den Therapeuten daher nicht mehr so sehr als böses Objekt wahr. Der Patient beginnt eine ungefähre Ahnung davon zu gewinnen, dass das Objekt seiner Liebe eins ist mit dem Objekt seines Hasses.“

Kernberg (1998). Wut und Hass. Stuttgart: Klett-Cotta (S.267).

Abwehr-Funktionen von Wut und Hass

- Hass als Abwehr von Beziehungswünschen (Angst vor Beschämung, Ablehnung, Abhängigkeit)
- Liebende (abhängige...) Aspekte bleiben verborgen (latende Dyade)
- Schutz vor Hass und Verachtung
- Heimliche Hoffnung auf eine gute und nicht zerstörbare Beziehung (?)

Deutungsebenen in der Stunde

1.) Deutung einer aktuell dominanten Objektbeziehung und des Rollenwechsels

2.) Deutung derjenigen Objektbeziehung, die von der aktuellen abgewehrt wird.

Therapeut: Spaltung und latende Dyade „in mind“ – Verbindung zur Not des Patienten – hilft Angriffe zu überstehen

Schwere Suizidalität und Aggression bei Persönlichkeitsstörungen – was bietet die TFP?

1. Modell zur Entstehung der Persönlichkeitsstörung und der „gestörten“ Verhaltensweisen
2. Werkzeuge, um Agieren zu begrenzen und arbeitsfähig zu bleiben
3. Behandlungstechnik auf das „Hier und Jetzt“ fokussiert: validieren und konfrontieren
4. Bearbeitung negativer Affekte und Übertragungen