

Die strategischen Prinzipien der TFP

Die Integration von Teil-Selbst- und Teil-Objektrepräsentanzen erfolgt im Laufe eines Prozesses, bei dem der Therapeut die zugrunde liegenden Repräsentanzen des Patienten identifiziert, benennt und den Einfluss ermittelt, den sie auf sein Erleben zwischenmenschlicher Beziehungen ausüben. Hat der Patient begonnen, charakteristische Beziehungsmuster zu erkennen, und wird das Auftreten widersprüchlicher Selbst- und Objektrepräsentanzen vorhersagbar, kann der Therapeut dem Patienten nach und nach aufzeigen, wie sehr er diese aktiv getrennt zu halten versucht (d. h. die Spaltung, die der Vermeidung von Angst dient, welche aufkommt, wenn gegensätzliche Eigenschaften zeitgleich erlebt werden). Die Therapie umfasst hierbei vier strategische Prinzipien (s. Tab. 2-2), die im Folgenden vorgestellt werden.

Strategisches Prinzip 1: Definieren der dominanten Objektbeziehungen

Umwandlung von Handlung und Affekt in Objektbeziehungen

Das erste strategische Prinzip der Therapie sieht vor, dem Patienten aufmerksam zuzuhören, seine Art der Beziehungsaufnahme zum Therapeuten zu beobachten und schrittweise die dominanten Objektbeziehungen des Patienten im Hier und Jetzt der therapeutischen Interaktion zu definieren. Praktisch orientiert sich dieses Vorgehen an Abbildung 1-2 (s. Kap. 1, S. 4), das die Identifizierung der Selbst- und Objektrepräsentanzen der aktuellen Interaktion beschreibt. Dabei lassen sich mehrere Schritte unterscheiden.

Schritt 1: Erleben und Tolerieren der Verwirrung

In der Arbeit mit Borderline-Patienten macht sich oft schon in der ersten Stunde eine bestürzende, beunruhigende, konfuse oder frustrierende Atmosphäre breit. Diese Erfahrung kann sehr quälend sein, insbesondere dann, wenn sie mit einem Gefühl besonderer Dringlichkeit einhergeht, das Borderline-Patienten häufig vermitteln. Die Verwirrung verursacht beim Therapeuten außerdem ein Gefühl der Unfähigkeit.

Obwohl die Patienten ganz offensichtlich therapeutische Hilfe suchen, kann es durchaus passieren, dass sie in Schweigen verfallen, sich dem Therapeuten gegenüber verhalten, als hege dieser böse Absichten, ihn heftig beschimpfen oder aber für den Therapeuten völlig unverständlich „ausrasten“. Zuweilen werden Behauptungen aufgestellt, die in sich widersprüchlich sind, bzw. dem aktuellen Affekt oder Verhalten widersprechen. Für die Anfangsphase in der Arbeit mit einem Borderline-Patienten ist solch eine Atmosphäre typisch. Erste Aufgabe des Therapeuten ist es, sich seiner eigenen Gefühle bewusst zu werden.

Anstatt sich dem Gefühl der Verwirrung zu widersetzen, es zu verdrängen oder sofort im Keim ersticken zu wollen, sollte der Therapeut diese Erfahrung unvoreingenommen auf sich wirken lassen. Das aufmerksame Beobachten spezifischer Gegenübertragungsgefühle kann als wichtiger Hinweis auf einen aktuell im Patienten wirksamen gleichartigen oder komplementären Gefühlszustand dienen. Ohnmächtige Wut etwa, die ein unkooperativer, aber gleichzeitig überaus fordernder Patient im Therapeuten auslöst, entspricht dann womöglich dem im Patienten selbst vorherrschenden Empfinden von Bedrohung, die er mit einem als gefährlich und allmächtig erlebten Therapeuten in Verbindung bringt. Umgekehrt könnte die vom Therapeuten erlebte ohnmächtige Wut eine Reaktion auf die gegenwärtige mächtige, sadistische Kontrolle des Patienten sein. Ein Therapeut, der sich nicht vorzeitig

Tab. 2-2 Strategische Prinzipien der TFP

Strategisches Prinzip 1	Definieren der dominanten Objektbeziehungen Schritt 1: Erleben und Tolerieren der Verwirrung der inneren Welt des Patienten, wie sie sich in der Übertragung offenbart Schritt 2: Erkennen der dominanten Objektbeziehungen Schritt 3: Benennen der Akteure Schritt 4: Beachten der Reaktion des Patienten
Strategisches Prinzip 2	Beobachten und Deuten der Rollenwechsel des Patienten
Strategisches Prinzip 3	Beobachten und Deuten der Zusammenhänge zwischen sich gegenseitig abwehrenden und damit den inneren Konflikt und die Fragmentierung aufrechterhaltenden Objektbeziehungsdyaden
Strategisches Prinzip 4	Durcharbeiten der Fähigkeit des Patienten, eine Beziehung in der Übertragung anders wahrzunehmen, und Betrachten der anderen signifikanten Beziehungen des Patienten im Lichte dieser Veränderung

verschließt, zeigt seine Fähigkeit, auch heftige und gegensätzliche Gefühlszustände zu tolerieren – eine Qualität, die in vielen Fällen eine beruhigende Wirkung auf Patienten hat: Ein Therapeut, der Verwirrungszustände aushält, wird womöglich auch den Patienten aushalten und in der Lage sein, dessen innere Welt kennenzulernen und zu verstehen.

Folgendes Beispiel eines Erstgesprächs beschreibt, wie der Therapeut sein eigenes Erleben einer anfangs verwirrenden und widersprüchlichen Atmosphäre nutzt, um eine aktivierte primitive Selbst-Objekt-Dyade zu identifizieren.

Herr C. wird von seinem Therapeuten zu einem psychiatrischen Konsiliargespräch überwiesen, das er mit der Bemerkung eröffnet, er wolle eigentlich gar nicht hier sein und habe nichts zu sagen. Er verhält sich abweisend, als habe man ihn zu einer Zwangsmaßnahme geschleppt. Der psychiatrische Kollege wiederum ist verwirrt angesichts dieser ablehnend-trotzigen Haltung, weil der Patient selbst um den Termin gebeten hat und sie sich noch gar nicht kennen. Er verspürt den heftigen Impuls, den Patienten zum Reden zu bringen, um keine Zeit zu vergeuden. Allerdings scheint dann ein Streit vorprogrammiert.

Andererseits, so der Psychiater in Gedanken, wäre es vielleicht am besten, wenn Herr C. einfach wieder ginge, wenn er denn das Gespräch gar nicht wolle. Bei all dieser Verwirrung spürt der Arzt einen starken Drang, den Patienten zwingen zu wollen, sich etwas Gutes zu tun.

Er entschließt sich, die Stunde fortzusetzen, ohne seinem Impuls, den Patienten zum Sprechen zu bringen, nachzugeben. Er erklärt Herrn C., ihm nicht helfen zu können, wenn er nicht wisse, was ihn zu ihm führe. Herr C. erwidert, dass er auf einer bestimmten Ebene wohl schon ein Gespräch wünsche. Ansonsten wäre er ja nicht hier. Dies, so der Psychiater, ergebe durchaus Sinn. Der Patient erzählt dann, dass sein Therapeut auf einem Konsiliargespräch bestanden habe, da er sich in der letzten Zeit zunehmend depressiv gefühlt, allerdings alles verweigert habe, was zu einer Besserung seines Zustandes hätte führen können. Er habe sogar schon mit dem Gedanken gespielt, seine Therapie abzubrechen. Eine medikamentöse Behandlung habe ihm einige Monate zuvor in einer ähnlich depressiven Phase sehr geholfen. Er sei nun davon ausgegangen, dass man ihm auch dieses Mal zu einer medikamentösen Behandlung raten würde, zumal diese beim letzten Mal hilfreich gewesen sei, doch wolle er zum jetzigen Zeitpunkt keine Medikamente einnehmen.

Wiederum empfindet der Psychiater einen starken Impuls zu handeln, nämlich die Einnahme des Medikaments anzuordnen, da es ihm ja schon einmal geholfen hat. Verwundert fragt er sich nach der Ursache dieses Impulses. Braucht der Patient zur Zeit unbedingt Medikamente? Oder will er selbst seine große therapeutische Kompetenz unter Beweis stellen? Wäre es denkbar, dass der Patient diesen Handlungsdrang in ihm induziert?

Während er diese unterschiedlichen Möglichkeiten überdenkt, beginnt er langsam zu spüren, dass der Patient ihn zu irgendeiner Handlung zu drängen sucht, um anschließend darüber einen Streit vom Zaun zu brechen. Beeindruckt von der Heftigkeit dieser für ihn sehr untypischen Empfindungen, wird er sich bewusst, dass offenbar eine sehr frühe Objektbeziehungsdyade aktiviert worden war. Der Patient will ihn offenbar provozieren, ihm Hilfe aufzudrängen, während er sich als ein in die Ecke gedrängtes Opfer erlebt, das jede angebotene Hilfe wütend zurückweist. An dieser Stelle fällt ihm die Parallele zwischen dieser Interaktion und der Schilderung des Patienten auf, dass sein Therapeut frustriert sei, da der Patient nichts für eine Besserung seines Zustandes unternahme.

Der Psychiater erläutert daraufhin dem Patienten, dass etwas Interessantes zwischen ihnen abzulaufen scheine. Er spüre, dass der Patient wie ein Boxer in Abwehrstellung nur darauf warte, ihn zu attackieren, sobald er ihm Hilfe anbiete. An dieser Stelle ändert sich die Haltung des Patienten. Er verstehe, was der Psychiater meine. Auch mit seiner Frau schien er früher immer dann in Streit geraten zu sein, wenn es ihm schlecht gegangen sei. Sie habe dann immer versucht, ihm zu helfen, indem sie seine Stärken herausgestellt habe, während er wütend jedes von ihr vorgebrachte Beispiel zurückgewiesen habe. Eine Variante dieser Selbst-Objekt-Dyade eines wütenden Opfers, das seinen Helfer bekämpft, als sei er der Angreifer, schien also auch in der Ehe des Patienten wirksam gewesen zu sein. Das Aufzeigen dieser Selbst-Objekt-Dyade half dem Patienten, jenen Teil seiner als minderwertig und vielleicht auch ohnmächtig erleb-

ten Selbstrepräsentanz zu verstehen, der die Ursache seiner selbstzerstörerischen Verhaltensweisen in wichtigen Beziehungen war – zu seiner Exfrau, aber auch zu seinem Therapeuten.

Schritt 2: Erkennen der dominanten Objektbeziehungen

Die Repräsentanzen, welche die innere Objektwelt bilden, sind nicht direkt beobachtbar. Lediglich aus den sich wiederholenden Interaktionsmustern des Patienten in seinen Beziehungen zu anderen Personen, insbesondere zum Therapeuten, können Rückschlüsse auf die internalisierten Objekte gezogen werden. Für ein Verständnis der ablaufenden Verhaltensmuster ist es hilfreich, sich die Interaktionen als Szenen eines Dramas mit unterschiedlich verteilten Rollen vorzustellen, die wiederum die aktivierten Teil-Selbst- und Teil-Objektrepräsentanzen widerspiegeln. Indem der Therapeut sich die Rollen vor Augen führt, die der Patient gerade einnimmt bzw. dem Therapeuten zuschreibt, kann er ein lebendiges Bild der inneren Repräsentanzenwelt des Patienten gewinnen. Eine mögliche Rollenaufteilung wäre etwa die eines strengen, angewiderten Elternteils und eines bösen, ekelhaften Kindes, umgekehrt aus einem liebevollen, toleranten Elternteil und einem spontanen, ungehemmten Kind.

In Tabelle 2-3 sind weitere Beispiele dieser karikierten Rollenaufteilungen aufgeführt. Diese Aufstellung ist in keiner Weise vollständig. Vielmehr sollte sich der Therapeut für jeden Patienten eine Liste von Rollen zusammenstellen und hierbei die einzelnen Akteure durch Adjektive so genau wie möglich beschreiben. Die Rollen sind in der Tabelle in komplementären Paaren aufgelistet, jedoch sind für den individuellen Patienten unterschiedliche Rollenpaare denkbar.

Um die Besetzung der Rollen zu definieren, die der Patient in sein interpersonelles Drama einbringt, benötigt der Therapeut ausführliche Angaben über die momentanen Gefühle, aktiven Wünsche und Befürchtungen des Patien-

ten. Er muss dessen Erwartungen an ihn kennen und wissen, wie der Patient ihn erlebt. Der Therapeut erhält diese Informationen, indem er den Patienten ermutigt, präzise sein Erleben in der Interaktion mit dem Therapeuten und im Hier und Jetzt zu beschreiben. Dieser Prozess ist Teil der Klärung und beinhaltet zum einen aktive Erkundigungen nach dem unmittelbaren Erleben des Patienten, zum anderen teilt der Therapeut dem Patienten mit, wie er die therapeutische Interaktion erlebt, mit dem Ziel, dass der Patient dies korrigieren und verbessern kann. Beispielsweise kann der Therapeut sagen:

„Seit Beginn der heutigen Sitzung wirken Sie verschlossen und ausweichend auf mich, als ob Sie mich für gefährlich halten. Stimmt dieser Eindruck?“ Der Patient kann den Therapeuten korrigieren bzw. wichtige

Hinweise hinzufügen: „Warum sollte ich mit Ihnen reden? Sie beantworten nie meine Fragen, sondern wiederholen immer nur in anderen Worten, was ich Ihnen schon gesagt habe.“ Der Therapeut kann daraufhin seine ursprüngliche Hypothese ändern: „Ihre Verschlossenheit ist also eine Reaktion darauf, dass Sie mich als jemanden erleben, von dem nichts kommt. Trifft dies den Sachverhalt besser?“

Dieser Klärungsprozess setzt sich so lange fort, bis Patient und Therapeut sich darüber einig sind, in welcher Weise der Therapeut verzerrt wahrgenommen wird, oder aber bis sie sich darüber klar werden, dass sie zu keiner Einigung finden können. Die aktuell vorherrschende Selbstrepräsentanz wird in ähnlicher Weise herausgearbeitet. Gelegentlich kommen Patient und Therapeut zu keiner Übereinstim-

Tab. 2-3 Beispiele von Rollenpaaren für Patient und Therapeut

Patient	Therapeut
destruktives, böses Kind ¹	strafender, sadistischer Elternteil ¹
kontrolliertes, wütendes Kind	kontrollierender Elternteil
ungewolltes Kind	liebloser, egozentrischer Elternteil
unvollkommenes, wertloses Kind	verachtender Elternteil
missbrauchtes Opfer	sadistischer Angreifer/Verfolger
vernachlässigtes Kind	selbstsüchtiger Elternteil
außer Kontrolle geratenes, wütendes Kind	ohnmächtiger Elternteil
attackierendes Kind	ängstlicher, unterwürfiger Elternteil
sexuell erregtes Kind	verführerischer Elternteil
sexuell erregtes Kind	kastrierender Elternteil
abhängiges, gefälliges Kind	ideal versorgender Elternteil
liebeshungriges Kind	versagender Elternteil
kontrollierendes, omnipotentes Selbst	abgöttisch bewundernder Elternteil
freundliches, unterwürfiges Selbst	bestrafender, rachsüchtiger Elternteil

Die linke Spalte repräsentiert geläufige Selbst-, die rechte Spalte geläufige Objektrepräsentanzen. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass diese Rollenpaare ständig alternieren. Der Therapeut und der Patient werden in schnellem Wechsel zu Trägern der Teil-Selbst- und Teil-Objektrepräsentanzen.

1 Die Eltern werden häufig nicht klar als Vater und Mutter unterschieden, sondern verschmelzen zu einem einzigen Elternfragment.