

## 11

# Veränderungsprozesse in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie

## Theorie und Empirie

Jeder Behandlungsansatz in der Psychotherapie beinhaltet eine explizite oder implizite Theorie der Veränderung. In diesem Kapitel wollen wir jene Veränderungsprozesse und Behandlungstechniken näher betrachten, die mit den Entwicklungen, wie sie im Rahmen der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) zu erwarten sind, in Zusammenhang stehen. Dabei geht es nicht nur um die wichtige Frage, ob Veränderung überhaupt stattfindet, und wenn ja, in welchen Bereichen, sondern auch um die jeweiligen Veränderungsmechanismen: Gibt es eine einigermaßen vorhersehbare Abfolge dessen, was Therapeut und Patient in einer TFP-Behandlung miteinander tun und was zu einer signifikanten Verbesserung nicht nur der Symptomatologie, sondern auch der Persönlichkeitsorganisation führt? (vgl. Tab. 2-2, S. 37)

An diesen Prozessen sind eine ganze Reihe von Faktoren beteiligt:

- Behandlungstechniken
- Reaktionen des Patienten
- Interaktion zwischen Therapeut und Patient
- Abfolge von Veränderungsschritten beim Patienten
- Veränderungen in unterschiedlichen Bereichen (Symptomebene, Strukturniveau)

Die Konzeptualisierung der Veränderungsphasen und Veränderungsprozesse in der Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO) ist sowohl aus klinischer als auch wissenschaftlicher Sicht sinnvoll. Therapeuten brauchen ein klares Konzept von Behandlungsfortschritt und zu erwartendem Therapieergebnis, das als Vergleichsgrundlage zur Evaluierung von Be-

handlungsverläufen dienen kann. Wie bei einem Entscheidungsbaum eröffnen sich dem Therapeuten somit zahlreiche Möglichkeiten, den Fortgang der Therapie zu bestimmen. Im Falle eines positiven Therapieverlaufs etwa hat der Therapeut die Möglichkeit, eine Vorstellung davon zu entwickeln, was wohl als Nächstes passieren wird. Verläuft die Behandlung weniger günstig – gemessen an den zu erwartenden Veränderungen bei Patienten mit einer BPO –, kann über Änderungen im therapeutischen Vorgehen nachgedacht werden.

Aus wissenschaftlicher Sicht wiederum ist es wichtig, die jeweiligen Veränderungsmechanismen im Behandlungsverlauf zu verstehen (Levy et al. 2006a). Ergebnisstudien im Rahmen der Psychotherapieforschung sind intellektuell mehr als unbefriedigend, wenn sie keine Aussagen über die zentralen Faktoren des Veränderungsprozesses im Hinblick auf das Endergebnis enthalten. Das Wissen um die zentralen Veränderungsfaktoren liefert uns wichtige Informationen über das Wesen und Funktionieren von Pathologie. Die klinische Ausrichtung unserer Forschungsarbeit ermöglicht uns nicht nur, die Veränderungen in erfolgreichen und misslungenen Therapien im Sinne einzelner Phasen zu beschreiben, sondern auch den therapeutischen Prozess als solchen besser zu verstehen und, wenn nötig, einzelne Behandlungsparameter zu verändern.

Bestimmte Kapitel unseres Buches zeichnen unterschiedliche Abläufe im Rahmen der TFP nach: Kapitel 1 den allgemeinen Behandlungsverlauf – eine allgemeine Konzeption von Pathologie und Therapieeffekten miteingeschlossen; Kapitel 7 den Ablauf einer einzelnen Sitzung und die Veränderungen in der frühen

Behandlungsphase; Kapitel 8 Veränderungen in der mittleren Therapiephase; und Kapitel 9 Veränderungen in der fortgeschrittenen Therapiephase und Abschlussphase der Behandlung. In diesem Kapitel geht es ebenfalls um Veränderungen bzw. angenommene Veränderungsmechanismen in der Abschlussphase der Therapie sowie um Veränderungen auf individuellem Niveau des Patienten.

## Unser Arbeitsmodell der Borderline-Pathologie

Unseren klinischen Forschungsarbeiten liegen unterschiedliche, aber sich überschneidende Modelle der Borderline-Pathologie zugrunde, welche auf einem psychoanalytischen Verständnis der Borderline-Pathologie (Kernberg 1984, 1992) sowie auf Überlegungen zur Interaktion zwischen Verhalten und neurobiologischen Faktoren basieren (Depue u. Lenzenweger 2005; Posner et al. 2002). Das psychoanalytische Verständnis der Borderline-Organisation mit seinem zentralen Konzept der Identitätsdiffusion war von zentraler Bedeutung, eine Vorstellung vom psychischen Erleben des Patienten zu gewinnen und entsprechende behandlungstechnische Richtlinien zu entwerfen (vgl. Kap. 1). Unser Kollege Michael Posner hat das Konzept des Temperaments in unsere empirische Arbeit eingeführt, während Depue u. Lenzenweger (2001, 2005) mit dem Konzept der Persönlichkeitspathologie arbeiten – Persönlichkeits-Traits miteingeschlossen – und diese zur neuralen und neurochemischen Organisation von Verhaltensmustern bei Säugtieren in Bezug setzen. Auf diesem Weg gelangten sie zu vier zentralen Konstrukten in ihrem Modell menschlichen Verhaltens:

- Ziel- und handlungsgerichtete Extraversion
- Zugehörigkeit
- Neurotizismus (Angst) und Vermeidung von Schädigung (Furcht)
- Affekt-unabhängiger Zwang

Borderline-Patienten sind nach diesem Modell gekennzeichnet durch

- Verminderung der zielgerichteten und handlungsauslösenden Motivation (positive Emotion) bei gleichzeitig erhöhter Angst (negative Emotion),
- reduzierte Aktivität des modulatorischen neuralen und affekt-unabhängigen Zwangsystems,
- übertriebene Reaktivität des Furchtsystems innerhalb eines breiteren Kontextes von Zugehörigkeit (Lenzenweger et al. 2004).

Unser Arbeitsmodell der Borderline-Persönlichkeitsstörung postuliert somit ein dynamisches Zusammenspiel von Temperament – insbesondere einem Überhang an negativen Affekten –, einer gering ausgeprägten Fähigkeit zu *effortful control*, sowie dem Fehlen eines kohärenten Gefühls für das eigene Selbst und Andere im Kontext eines unsicheren und ängstlichen Bindungsstils. Dieses Modell ähnelt anderen in vielerlei Hinsicht (Trull 2001; Trull et al. 2001), berücksichtigt aber als einziges den Faktor Temperament und dessen Ausprägung, des weiteren neurokognitive Mechanismen der Aufmerksamkeit, Orientierung und Konfliktlösung sowie die jeweilige Ausprägung von Identitätsdiffusion und Bindungsstil. In unserer empirischen Arbeit bedienen wir uns dieser Schlüsselkonzepte in einem experimentellen Design, um zu verstehen, wie sie aktuell funktionieren. Ein informationsverarbeitendes System, das aktiv durch negative Affekte beeinflusst wird, fehlerhafte und ineffektive Konfliktlösungsmodelle, sowie die Erwartung ängstlicher, ambivalenter Bindung an andere, sind nicht nur typische Charakteristika des Erlebens im Rahmen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, sondern lassen auch die Frage nach Behandlungsschwerpunkten und Behandlungskonzeptualisierung praktikabel und lösbar erscheinen. Das bedeutet, dass die auf das informationsverarbeitende System abzielenden Interventionen, insbesondere im sozialen und interpersonellen Bereich, den nachhaltigsten Effekt haben werden und

dass das informationsverarbeitende System ein notwendiges Ziel von Veränderung darstellt, wenn es zu einer Symptomreduktion, sowie gesunden Beziehungen im Privat- und Arbeitsleben kommen soll.

## Die Heterogenität von Borderline-Patienten: Behandlungsrelevante Subgruppen

Bevor wir uns den Veränderungsprozessen zuwenden, die im Rahmen einer Behandlung zutage treten, wollen wir den Mensch, der zur Therapie kommt, einmal näher betrachten. Es gibt klinisch signifikante Unterschiede innerhalb der Patientenpopulation, die eine Borderline-Persönlichkeitsorganisation aufweist, und auch bei jenen Patienten, die an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung im engeren Sinn leiden. Diese bereits im Vorfeld der Behandlung existierenden Unterschiede wirken sich auf den jeweiligen Behandlungsfokus in den Bereichen Symptomatik und Dysfunktionalität aus und stehen in Zusammenhang mit der Beziehung, die sich zwischen Patient und Therapeut entwickeln wird.

Bei Patienten mit der DSM-IV-TR-Diagnose *Borderline-Persönlichkeitsstörung* (American Psychiatric Association 2000) handelt es sich um eine in verschiedenster Hinsicht sehr heterogene Gruppe. Kliniker sind sich dieser Unterschiedlichkeit sehr wohl bewusst, so dass man sich durchaus die Frage stellen kann, warum manche die Nützlichkeit dieser Diagnose im klinischen Bereich infrage stellen. Wir haben eine große Anzahl von Patienten auf allen deskriptiven Ebenen untersucht und möchten im Folgenden die Heterogenität der Patientenpopulation in Bezug auf Behandlungsschwerpunkt, Therapieverlauf und Therapieergebnis zusammenfassend darstellen.

## Diagnose

Eine der größten Schwierigkeiten im Bemühen, Verständnis und Behandlungsmethoden für Borderline-Patienten zu verbessern, liegt in der Heterogenität der Patientenpopulation, auf die die polythetische Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung zutrifft – hinsichtlich der allgemeinen und spezifischen Diagnosekriterien ebenso wie auch im Hinblick auf die ausgeprägte Komorbidität mit Achse-I und Achse-II-Diagnosen. Die Komorbidität einer Achse-II-Diagnose der BPS mit Achse-I-Symptomstörungen und anderen Achse-II-Persönlichkeitsstörungen wurde in zahlreichen Studien aufgezeigt (z. B. Shea et al. 2004). Es ist durchaus denkbar, dass die empirische Forschung hinsichtlich eines Komorbiditätsmusters von Achse-II-Störungen auf bislang unbekannte Verbindungen stößt, die möglicherweise mit theoretischen Überlegungen in Zusammenhang stehen (z. B. Kernberg u. Caligor 2005).

Unsere Versuche, die Borderline-Pathologie zu verstehen, gehen über einfache Querschnitt-Komorbiditätsvergleiche zwischen BPS und anderen Achse-II-Störungen hinaus. Vielmehr ging es uns darum, systematische Verknüpfungen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) mit anderen spezifischen Achse-II-Störungen auf der Ebene individueller Patientenprofile zu untersuchen, um daraus in der Folge Patientengruppen mit ähnlichen Profilen abzuleiten. In einem nächsten Schritt untersuchten wir die auf der Profilebene kategoriieller Achse-II-Störungen auftretenden Ähnlichkeiten und verglichen sie mit anderen Variablen z. B. Persönlichkeits-Traits.

Jeder Proband unserer Stichprobe (N = 92) war mithilfe der *International Personality Disorders Examination* (IPDE; Loranger 1999) untersucht und mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gemäß den DSM-IV-Kriterien (American Psychiatric Association 1994) diagnostiziert worden. Um die Heterogenität der Achse-II-Borderline-Persönlichkeitsstörung zu untersuchen, kamen zwei Ansätze zur

Anwendung. Erstens, die Identifizierung und Charakterisierung prototypischer Profile zeitgleich auftretender Achse-II-Merkmale. Zweitens, die Konzeptualisierung spezifischer Dimensionen, die den zeitgleich auftretenden Merkmalen zugrunde lagen. Anschließend wurden Prototyp und faktorenanalytische Ergebnisse miteinander verglichen.

Unter Rückgriff auf sämtliche IPDE-dimensionale Ratings leiteten wir anhand einer Q-Faktorenanalyse prototypische Achse-II-Komorbiditäts-Profilmuster ab. Eine Drei-Faktoren-Lösung erwies sich als die angemessenste und erklärte 75% der Varianz. Eine gruppenspezifische Zuordnung der Probanden ergab drei prototypische Profile, die hauptsächlich aufgrund ausgeprägter paranoider, histrionischer/narzisstischer und vermeidender Merkmale unterscheidbar waren. Anschließend erfolgte eine Zusammenfassung zu

- Cluster A (Borderline-Persönlichkeitsstörung und Paranoide Persönlichkeitsstörung; N = 10),
- Cluster B (Borderline-Persönlichkeitsstörung und Narzisstische Persönlichkeitsstörung; N = 28) sowie
- Cluster C (Borderline-Persönlichkeitsstörung und Vermeidende Persönlichkeitsstörung; N = 23)

BPS-Subtypen, entsprechend den DSM-IV-Clustern der wichtigsten Störungen in jedem Prototyp. Fünf Probanden wurden aufgrund signifikanter Verknüpfungen mit mehr als einem Prototyp nicht klassifiziert. Eine qualitative Untersuchung der nicht-klassifizierten Profile ergab ein signifikantes Vorliegen von Achse-II-Merkmalen, allerdings ohne konsistent erkennbare Themen und von daher weniger allgemeine Merkmals- bzw. Musterbildung. Die Größe der nicht klassifizierten Gruppe scheint die heterogene Natur der zeitgleich auftretenden Achse-II-Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu unterstreichen.

## Faktorenstruktur sämtlicher Achse-II-Kriterien

In einem zweiten Schritt wurden die dimensional Scores der IPDE (mit Ausnahme der BPS-Dimension) transformiert, um sich auf die Musterbildung der Achse-II-Kriterien zu konzentrieren. Anschließend wurde eine exploratorische R-Typen-Komponentenanalyse durchgeführt. Eigenwertanalysen und graphische Darstellung ergaben zwei Faktoren, die insgesamt 47% der Varianz erklären.

Der erste Faktor reichte von histrionischen und narzisstischen bis hin zu vermeidenden und schizoiden Merkmalen und wurde als Repräsentanz einer Dimension externer versus interner Persönlichkeitsorientierung interpretiert. Der zweite Faktor reichte von paranoiden, schizotypen und antisozialen bis hin zu zwanghaften und abhängigen Merkmalen. Die zweite Dimension wurde hauptsächlich im Sinne der Objektbeziehungstheorie interpretiert (Kernberg u. Caligor 2005), die von einer ähnlichen – in der Pathologie der Objektbeziehungen eines Patienten sich widerspiegelnden – Dimension ausgeht (s. Abb. 1-1, S. 2). Mit anderen Worten, diese Dimension wurde interpretiert als Art und Weise, wie Patienten mit einer BPS Beziehungen erleben – von pathologischen Formen, die sich durch Feindseligkeit und mangelndes Sich-Einlassen charakterisiert sind, bis hin zu eher konflikthaft anmutenden Formen, die sich durch eine freundlich geprägte, aber nichtsdestotrotz konflikthafte Verstrickung mit anderen auszeichnen. Die hieraus abgeleitete Skala haben wir als Qualität der Objektbeziehungen (Quality of Object Relations QOR) bezeichnet.

## Initialvalidierung der Ergebnisse mit ausgewählten externen Maßen

Die abgeleiteten Dimensionen wurden mit externen Maßen korreliert, um zu einer Interpretation und Evaluierung der explorativen Ergebnisse zum IPDE zu gelangen. Anhand