

Transference Focus Psychotherapie – TFP Behandlungsansätze – Möglichkeiten – Grenzen

02.06.2017

Alexianer Krankenhaus Berlin

Dr. Mathias Lohmer
TFP-Institut München

Dr. Birger Dulz
TFP-Institut Nord



Übersicht

1. Diagnostische Kriterien (DSM-IV) für die Borderline Persönlichkeitsstörung
 2. Essentials der TFP
 3. Rahmenbedingungen und Behandlungstechnik der TFP
 4. Anfangsphase der TFP
 5. Behandlungsprinzipien der TFP
 6. Kontraindikationen für TFP



1. Diagnostische Kriterien (DSM-IV) für die Borderline Persönlichkeitsstörung



Diagnostische Kriterien (DSM-IV) für die Borderline Persönlichkeitsstörung

Ein tiefgreifendes Muster von **Instabilität** in **zwischenmenschlichen Beziehungen**, im **Selbstbild** und in den **Affekten** sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter, manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen. **Mindestens 5** der folgenden **Kriterien** müssen erfüllt sein:

(1) **verzweifelt**es Bemühen, tatsächliches oder vermutetes **Verlassenwerden zu vermeiden**. *Beachte*: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.

(2) Ein Muster **instabiler**, aber **intensiver** zwischenmenschlicher **Beziehungen**, das durch einen **Wechsel** zwischen den Extremen der **Idealisierung** und **Entwertung** gekennzeichnet ist.

(3) Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.

(4) **Impulsivität** in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, "Fressanfälle"). *Beachte*: Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.



Diagnostische Kriterien (DSM-IV) für die Borderline Persönlichkeitsstörung

(5) Suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen Selbstverletzungsverhalten.

(6) Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder **Angst**, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage dauern).

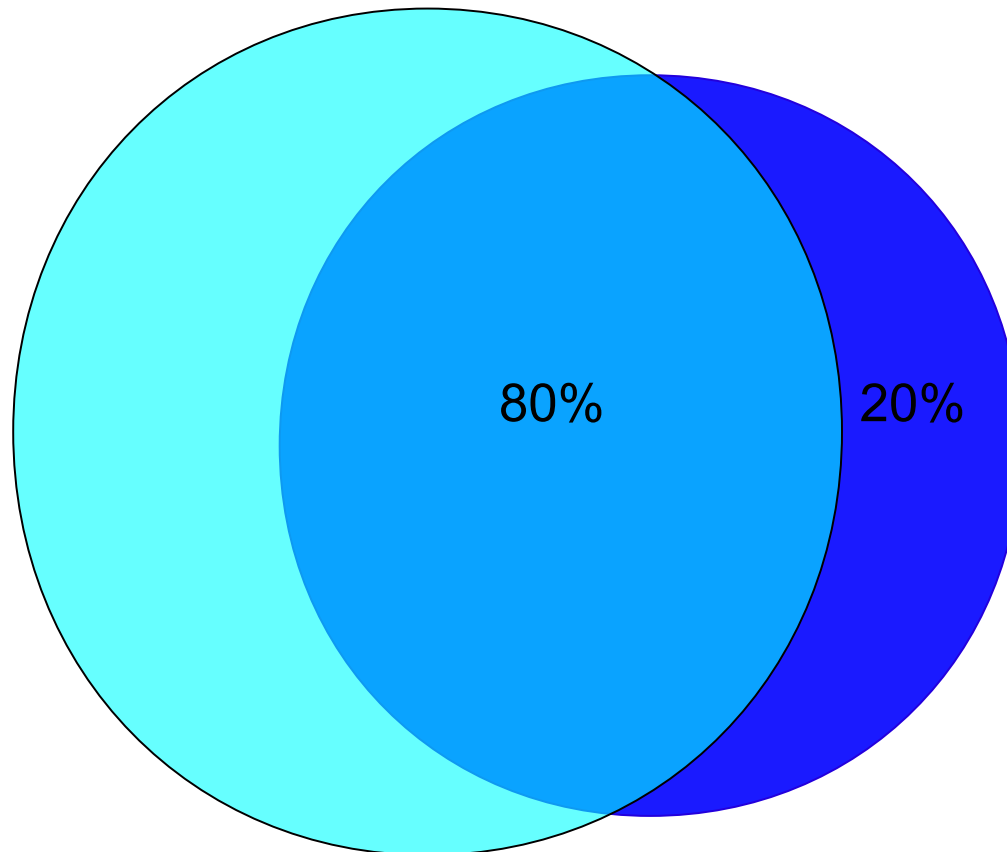
(7) Chronische Gefühle von Leere.

(8) Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. **häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen**).

(9) Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.



Prävalenz der Komplexen PTSD bei Patienten mit einer BPD



2. Essentials der TFP



Übereinstimmungen bezüglich der Psychotherapie-Verfahren bei Borderline-Störungen

- Die Therapie erfolgt kohärent-konzeptgeleitet und strukturiert
- Die Therapie ist beziehungs- und störungsorientiert
- Die Behandlungstechnik ist dementsprechend für die Bedürfnisse von schwer persönlichkeitsgestörten oder/und traumatisierten Patienten modifiziert
- Die Behandlungsstrategien und -ziele sind für Patienten und Behandler klar erkennbar
- Es erfolgt regelmäßige hochqualifizierte Supervision
- Es werden Strategien für Notfälle und Krisensituationen vorgehalten
- Der Therapieerfolg ist dosisabhängig

(Bohm 2007)



Beziehungszentrierte Psychodynamische Psychotherapie

Im Rahmen der Therapie werden neue „positive“ Beziehungserfahrungen (Haltende Funktion i.S. von Winnicott) gemacht, die die Relevanz der alten „traumatischen“ Erfahrungen minimieren, so dass neue Beziehungsmuster – zunächst erprobt im Rahmen der Therapie – ermöglicht werden. Je mehr „gute“ Erfahrungen in den neuronalen Netzwerken abgespeichert werden können, desto „normaler“ werden die Beziehungsmuster (strukturelle Ebene/Abwehrmechanismen) und desto weniger werden die Symptome (deskriptive Ebene)

Dr. Birger Dulz



Essentials der TFP

- TFP wurde **aus der (stationären) Behandlungspraxis** heraus orientiert an der Phänomenologie und Dynamik der Borderline-Störung entwickelt.
- TFP ist eine **aktiv** intervenierende Methode.
- TFP ist ein strukturiertes und strukturierendes Verfahren, das dem Patienten mit seinem inneren und äußeren Chaos **Halt** gibt durch Betonung eines festen Rahmens mit festen Grenzen.
- TFP bedient sich einer **metaphorischen Sprache**.



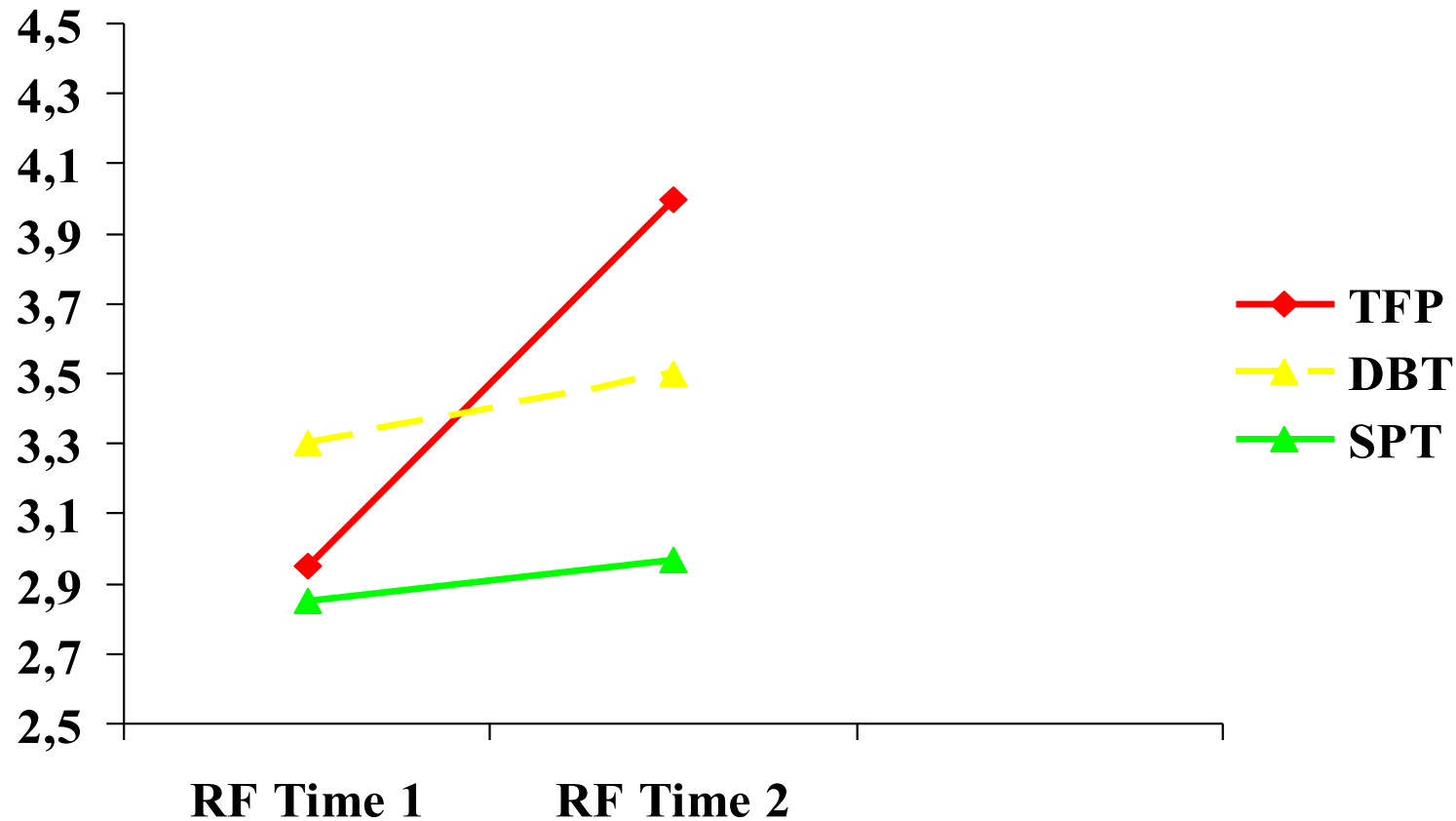
Essentials der TFP

- TFP arbeitet den **Spaltungstendenzen** des Patienten entgegen, indem voneinander abgespaltene negative und positive Selbstanteile des Patienten, die als verwirrend und ängstigend erlebt werden, miteinander in Verbindung gebracht werden, was langfristig Angst mindernd wirkt.
- TFP achtet systematisch auf **3 (oder 4) Kanäle der Kommunikation** und klärt Widersprüche zwischen den Botschaften auf diesen verschiedenen Kanälen systematisch auf:
 - Kanal 1: Verbale Mitteilungen des Patienten
 - Kanal 2: Nonverbale Mitteilungen
 - Kanal 3: Gegenübertragung
 - Kanal 4: im stationären Setting: die therapeutische Gemeinschaft



TFP: N of 90

Attachment pattern und reflective functioning
[als Funktion der Zeit] (Levy et al, 2006)



3. Rahmenbedingungen und Behandlungstechnik der TFP



Rahmenbedingungen und Behandlungstechnik der ambulanten TFP

- Setting: Einzels psychotherapie im Sitzen
- Dauer: 1-3 Jahre
- Frequenz: 2 Wochenstunden, insgesamt 50 bis 80 (bis 160) Sitzungen
- Vertrag: Klärt Rahmenbedingungen, Therapiemethode, Rollen und Verantwortlichkeiten von Patient und Therapeut
- Technik: Klärung, Konfrontation und Interpretation
- Übertragung: Analyse der Übertragung als Mittel zur Veränderung der
gespaltenen, polaren, verzerrten
Beziehungsmuster in integrierte, differenzierte,
komplexe Objektbeziehungen
- Fokus: Affektgeladene Themen, die in der Beziehung zwischen
den Borderline-Patienten und ihren Therapeuten im
„Hier- und Jetzt“ der Übertragung auftauchen.
- Ziele/Folgen: Kontrolle des pathologischen Verhaltens, Affektregulation



Rahmenbedingungen und Behandlungstechnik der stationären TFP

- Setting: Einzel- und Gruppenpsychotherapie auf der Basis einer therapeutischen Gemeinschaft
- Dauer: ca. 12 Wochen
- Frequenz: 1-2 Einzelstunden wöchentlich, 2 Gruppenstunden, begleitende Therapien
- Vertrag: Klärt Rahmenbedingungen, Hausordnung, Therapiemethode, Rollen und Verantwortlichkeiten von Patient und Therapeuten
- Technik: Klärung, Konfrontation und Interpretation. Supportive Interventionen in der Milieuthherapie
- Übertragung: Analyse der Übertragung: Aufgespaltene Teilobjektübertragungen gegenüber Team und Klinik werden in den verschiedenen Settings, speziell der Einzeltherapie, gedeutet.
- Fokus: Destruierte Muster, die eine ausreichende Stabilität im Alltag und die Möglichkeit, kontinuierlich eine ambulante Therapie zu nutzen, behindern.
- Ziele/Folgen: Kontrolle des pathologischen Verhaltens, Affektregulation

Stationäre Indikationen aus der TFP-Perspektive

Psychopathologie und Psychodynamik

- depressiv-suizidale Syndrome, SVV, schwere Angst, Essstörung, Abhängigkeit bzw. ausgeprägte behandlungsbedürftige Komorbidität
- Unfähigkeit, Symptome ausreichend zu kontrollieren
- Unfähigkeit, zwischen den Stunden zurecht zu kommen
- antisoziale Persönlichkeitszüge
- Unaufrichtigkeit
- therapeutische Krisen im ambulanten Setting



4. Anfangsphase der TFP



Anfangsphase der TFP

- 1. Therapiebeginn: Diagnostik**
- 2. Contract-Setting-Phase**
- 3. Frühe Phase der Behandlung (1/2 – 1 Jahr)**



TFP-Diagnostik

Eine sorgfältige Diagnostik schützt vor falschen Behandlungen und hat therapeutische Wirkung!

- Phänomenologisch-deskriptiv: DSM-IV, ICD-10 (SCID), (IPDE)
- Strukturell-psychodynamisch: Strukturelles Interview (STIPO)
- Differenzialdiagnostik: z.B. PTSD/DESNOS, ADHD; alles außer F2
- Besonderheiten: „Anamnese“ der bisherigen Misserfolge
(= Risiken für die beginnende Therapie)



Differentialdiagnose: BDP vs. komplexe PTSD (nach M. Sack)

<u>Borderline</u>	Komplexe PTSB
Impulsivität in mind. zwei selbstschädigenden Bereichen	Affektregulationsstörung (impulsiv, riskant)
Suizidalität und SVV	SVV
Stimmungsschwankungen	Affektregulationsstörung
<i>Chronisches Gefühl der Leere</i>	---
Unangemessene heftige Wut	Schwierigkeiten Ärger zu kontrollieren
Selbstbildstörung, Identitätsdiffusion	Scham, Schuld, Gefühl der Isolierung
Passagere paranoide/dissoz. Sy.	<i>Dissoziative Störung</i>
Intensive, wechselnde Beziehungsm.	Misstrauen, Wiederholung Opferrolle
---	<i>Somatoforme Störungen</i>
<i>Angst, verlassen zu werden usw.</i>	---
---	fehlende Zukunftsperspektive und Grundüberzeugungen



Berücksichtigung früherer Therapieerfahrungen

- Was hat in der vorangehenden Therapie zum Abbruch geführt?
- Potenzielle Gefährdungen der Therapie bereits in Diagnostik-Phase eruieren.
- Zugleich Aufmerksamkeit auf die Interaktion im Hier und Jetzt richten.
- Wie stellt sich der Pat. dazu?
- Haben seine Erfahrungen seine Erwartungen an die Therapie in irgendeiner Weise verändert?
- In welcher Weise hätte er sich ein anderes therapeutisches Vorgehen gewünscht?
- Welche Rolle spielten diese Erfahrungen bei der Planung der vorhergehenden Therapie?
- Wie würden Sie dieses Wissen in den Aufbau eines neuen therapeutischen Konzepts einbringen?
- Einverständnis geben lassen, bevor der frühere Therapeut kontaktiert wird!



Contract-Setting-Phase: Der Rahmen in der TFP

- Die **Therapievereinbarung** hat eine spezifische Bedeutung: sie bildet eine Basis, auf die sich Therapeut und Patient stets beziehen können und sollen.
- Der **Rahmen** geht über die allgemeine Halt und Struktur gebende, Grenzen setzende und Raum gewährende Funktion hinaus.
- Er schafft die unverzichtbare Basis für ein **Arbeitsbündnis**, das starke emotionale Belastungen aushalten und tragen muss, bevor diese einer Klärung und Auflösung durch Deutung zugeführt werden können.



Therapievereinbarung in der TFP

- Rollen, Aufgaben und Verantwortung von Patient und Therapeut
- *Störungsverständnis*
- Art und Ziel der Psychotherapie
- Regeln für das Abweichen vom Vertrag besonders in Bezug auf therapieschädigendes, parasuizidales Verhalten und sekundären Krankheitsgewinn
- Rahmenbedingungen und Grenzen setzen zum Schutz der Behandlung vor intensiven Affekten und typischer Borderline-Pathologie



Therapievereinbarung in der TFP

Die Therapievereinbarung

- bietet einen sicheren Ort, an dem sich die Dynamik des Patienten entfalten kann und einen
- therapeutischen Rahmen, der die Therapie zu einem Rettungsanker im Leben des Patienten werden lässt, und eine
- Bühne, auf der im Verlauf der Therapie Abweichungen vom Vertrag verstanden und interpretiert werden können.



Grenzen der Therapievereinbarung

- Patient muss **notwendige Bedingungen** erfüllen, aber: wir können nicht erwarten, dass er gesund ist, damit er mit der Therapie beginnen kann.
- Die Vereinbarung soll nur das **notwendige Minimum** zur Aufrechterhaltung des therapeutischen Settings regeln.
- Wenn keine Einigung über für den Therapeuten notwendige Regeln möglich ist, ist keine TFP-Therapie möglich. Sie sollten dann **Alternativen** anbieten.
- „**Irgendwo** zwischen den beiden Extremen - der versteckten Weigerung, das Verhalten in irgendeiner Weise zu verändern, und der völligen und sofortigen Beseitigung des Problems durch eine Vereinbarungsbedingung - liegt der Punkt, an dem die Vereinbarungsphase abgeschlossen ist.“
(Clarkin et al, 2006, S. 213)



Frühe Phase der Behandlung: Typische Problemsituationen

Typische Problemsituationen ergeben sich vor allem aus Verletzungen der vereinbarten Regeln.

z.B. Situationen, in denen der Patient schwer agiert, er droht mit

- Suizidalität / Selbstdestruktivität
- Abbruch
- Fernbleiben von den vereinbarten Stunden

z.B. Situationen, in denen der Patient die Regeln unterwandert durch

- zu spät kommen
- Schweigen



5. Behandlungsprinzipien der TFP



Behandlungsprinzipien der TFP

TFP- Prioritätenliste als Leitfaden für die Therapie

1. Suizid- oder Tötungsdrohungen
2. Gefährdung der Therapie
3. Unehrlichkeit oder Verschweigen wichtiger Informationen
4. Verletzungen des Therapievertrages (Wie oft/ wie sehr?)
5. Agieren während der Sitzungen
6. Agieren zwischen den Sitzungen
7. Trivialisierung
8. Übertragungsmanifestationen
9. Affektiv dominantes Material außerhalb der Therapie



Behandlungsprinzipien der TFP

TFP interveniert auf 3 Ebenen

1) **Strategie**-Ebene der Behandlung

Langfristige Strategien: Behandlungsziele:

Impuls- und Affektkontrolle, Identität

2) **Taktik**-Ebene der Therapiestunde

Regeln für das taktische Vorgehen in den Therapiesitzungen

3) **Technik**-Ebene des therapeutischen Moments:

Interventionstechniken

- Gründliche Klärung
- Taktvolle Konfrontation
- Interpretation / Deutung im „Hier und Jetzt“ auf dem Boden einer gemeinsam geteilten Realität



1) Strategie-Ebene: Langfristige Strategien

1. Definieren der dominanten Objektbeziehungen
Tolerieren – Erkennen – Benennen – Beobachten
2. Rollenwechsel beobachten und deuten
3. Zusammenhänge zwischen abgespaltenen Dyaden beobachten und deuten
4. Integrieren der Teil-Objekte, um eine differenzierte Sicht auf die therapeutische Beziehung zu erreichen



2) Taktik-Ebene: Taktisches Vorgehen in der Therapiestunde

1. Den therapeutischen Rahmen beachten
2. Das dominante Thema auswählen (Prioritätenliste!)
 - durch Nutzung der drei Kommunikationskanäle
3. Ein Gleichgewicht halten zwischen
 - dem Erarbeiten realitätsverzerrter Positionen, die therapeutisch bearbeitet werden können
 - der therapeutischen Intervention auf der Grundlage einer gemeinsam geteilten Realität
4. Die Intensität der emotionalen Beteiligung regulieren



3) Technik-Ebene des therapeutischen Moments: Interventionstechniken

1. Technische Neutralität bewahren (soweit möglich)
2. Gegenübertragung für Deutung nutzen
3. Therapie-Rahmen aufrecht erhalten
4. Übertragungsanalyse
5. Klären, Konfrontieren, Deuten

„Explore and understand the present moment“ (Daniel Stern)



TFP: Stärkung des Arbeitsbündnisses

- Klärung und Konfrontation dienen der Vorbereitung von Interpretationen. Diese werden auf das **erwachsene Selbst** des Patienten ausgerichtet und berücksichtigen möglichst **alle Aspekte** der aktuell dominanten sowie der aktuell abgewehrten **Objektbeziehungsdyaden**.

Aufgabe des Therapeuten:

- Intervenieren und dennoch die Sichtweise des Pat. respektieren

Aufgabe des Patienten:

- die Auswirkungen der Erfahrungen auf das eigene Verhalten anerkennen und nicht in Hilflosigkeit und Schutzbedürfnis zu verharren

„Wir arbeiten auch mit einem 1mm² großen Ich zusammen!“ (OFK)



TFP: Arbeit an der Integration

- Jeder Versuch, die Spaltung aufzulösen, führt in der Übertragung sofort zu einer **paranoiden Einstellung**, in der Therapeut zum Täter und der Patient zum Opfer wird
- Die unreife **sadomasochistische Dyade** wird aktiviert und kann bearbeitet werden
- Die (technische neutrale) **Position des Therapeuten**: „Was sollte mein Interesse sein, Ihnen durch die Behandlung zu **schaden**? Ist also Ihre Reaktion auf meine Aussage nicht evtl. eine **Verwechslung** meines Handelns mit Ihren Erwartungen? In welcher Ihrer **Erfahrungen** könnte das begründet sein?“
- (**Normalität** voraussetzen! **Das „1 mm² funktionale ICH“**)



6. Kontraindikationen für TFP



Kontraindikationen für TFP

- Habituelle Selbstverletzung
- Antisoziales Verhalten
- Intelligenzminderung
- Erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn

Jenseits der Diagnostik:

- Keine Veränderung durch Grenzen und Rahmen
- **Kontraindikation** gegen TFP bedeutet **NICHT** Kontraindikation gegen Therapie!



Wie wir uns einen Therapeuten

wünschen

- einfühlsam
- klar und ehrlich und direkt
- verständnisvoll
- beständig
- tolerant
- wissen, wo es lang geht (Kompetenz und Erfahrung)
- pünktlich und zuverlässig
- humorvoll
- ausdauernd
- individuell
- streng (klare Linie)
- unterstützend
- loyal und vertrauenswürdig
- interessiert und engagiert
- konstruktiv
- konfliktbereit
- zwischen beruflicher und privater Distanz trennen könnend

nicht wünschen

- arrogant
- kurz angebunden
- fahrig
- ignorant
- desinteressiert
- oberflächlich
- egoistisch
- gefühlskalt
- von sich selbst eingenommen (eingebildet)
- müde
- unkonzentriert
- den Patienten als Objekt behandeln
- unaufmerksam sein
- faul
- schleimig
- zu nett
- zu Ich-bezogen
- parteiisch



Kontakt:

Dr. Birger Dulz

Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll

Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen

Langenhorner Chaussee 560

D-22419 Hamburg

Tel.: 040-1818-872428

Mail: b.dulz@asklepios.com

