MedMedia

Profil: Wolfgang Oswald

Therapie der Persönlichkeitsstörung aus psychodynamischer Sicht

3. Juli 2023 Focus: Persönlichkeitsstörungen

Eine nachhaltige und strukturelle Veränderung von impliziten Beziehungserfahrungen benötigt ein **Setting mit adäquater Stundenfrequenz und ausreichender Behandlungsdauer**.
Der längerfristige gesellschaftliche **Kosten-Nutzen-Faktor** spricht nachweislich für die Anwendungen von höherfrequenter psychoanalytischer Therapie.
Die **genaue Indikationsstellung** für die Wahl des jeweiligen psychoanalytischen Behandlungsverfahrens ist zentral.

Vor jeder Therapie steht die medizinisch forschungsgeleitete Diagnostik, die in den Diagnosemanualen ICD und DSM deskriptiv gestaltet ist. Sie ermöglicht eine erste, symptomorientierte Diagnostik und durch die mehraxiale Beurteilung eine praktikable Einschätzung der Funktions- und Persönlichkeitsmerkmale. Die Erweiterung im DSM V um die Möglichkeit, das psychische Funktionsniveau über die „Level of Personality Functioning Scale“ zu beurteilen, kommt diesem Anspruch entgegen. Auch im ICD-11 wird – durch die ergänzend auf dem Schweregrad basierende Klassifizierung der Persönlichkeitsstörung[1] – der diagnostische Prozess für das klinische Management in Bezug auf Prognose, Risikobewertung, Entscheidungsfindung, Behandlungsplanung und Intervention vereinfacht. Weitere diagnostische Instrumente, z. B. das strukturelle Interview nach Kernberg (STIPO) oder das Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2)[2],geben einer dimensionalen Diagnostik Raum. Mittels der OPD (operationalisierte psychodynamische Diagnostik) werden in halbstrukturierten Interviews und offenen Fragen unterschiedliche Lebensbereiche, das Krankheitsgeschehen und die Selbsteinschätzung erhoben. Die Beurteilung erfolgt hierbei über 5 Ebenen und ist von gut integrierter zu mäßig oder schwach integrierter Persönlichkeit unterscheidbar.
Auf die Erstinterviews folgend, ist für die Therapie der Persönlichkeitsstörung als erster Schritt die Beurteilung des psychischen Funktionierens für eine adäquate Indikationsstellung nötig. Auf Basis dessen ist als zweiter Schritt die Einschätzung aus psychodynamischer Sicht für Prognose, Therapiewahl, Setting, Dauer, Frequenz etc. zu treffen. Aus den diagnostischen Indikationskriterien wird die Behandlungswahl auch hinsichtlich Nieder-, Mittel- und Hochfrequenz getroffen (vgl. http://www.tpd.or.at/home/grundlagen/positionspapier2/).

Die Bandbreite psychodynamischer Therapien

Die psychoanalytischen Schulen nehmen für sich das „Privileg der Frequenzwahl“[3] in Anspruch. Die an die differenzierte Diagnosestellung anschließende Indikationsstellung ermöglicht es, aus den verschiedensten Möglichkeiten des psychodynamischen Spektrums die geeignetste Vorgehensweise zu wählen.
Deklariertes Behandlungsziel für die nachhaltige Behandlung von Patient:innen mit Persönlichkeitsstörungen ist es, implizite, prozedurale Gedächtnisanteile und -inhalte[4] zu verändern. Das prozedurale Gedächtnis speichert im Unterschied zum deklarativen oder episodischen Gedächtnis Gewohnheiten, erlerntes Wissen, das nicht verbalisiert und nicht bewusst erinnert wird.
Veränderungsprozesse, die das implizite Beziehungswissen (Beziehungserfahrungen) betreffen, können nachhaltig aber nur in einem Setting mit adäquater, meist höherfrequenter Stundenzahl und ausreichender Behandlungsdauer stattfinden.[5]

Psychoanalytische Psychotherapie

Es soll nun ein kurzer Überblick über die psychoanalytischen Verfahren und ihre Indikationsbereiche dargestellt werden:

Die interaktive (psychoanalytische) Psychotherapie – supportive Psychotherapie ist als stützende Psychotherapie anerkannt; dabei wird die positive Übertragung für therapeutische Zwecke genutzt (z. B. Verbesserung der Realitätsprüfung, Ich-Stärkung etc.). Sie wird unter Anwendung psychoanalytischen Wissens durchgeführt, wenn die höherfrequente Methode nicht durchführbar oder aufgrund äußerer Gegebenheiten nicht möglich ist. Beim Setting sind Zeit, Frequenz, Dauer und räumliche Bedingungen variabel und werden den Notwendigkeiten der Patient:innen angepasst. Notwendige nichtanalytische Techniken (wie z. B. die Verordnung von Psychopharmaka) können zusätzlich eingesetzt werden. Das Therapieziel ist einerseits eine aktuelle Krisenintervention, andererseits aber auch die Verfolgung langfristiger Therapieziele wie die Verbesserung der Lebenssituation durch Zugewinn an Selbstständigkeit oder bei schweren psychischen Erkrankungen die Erhaltung des bestehenden Zustandes („Erhaltungspsychotherapie“).

Expressive psychoanalytische Psychotherapie – Transference-Focused Psychotherapy (TFP): Die Haltung der Psychoanalytikerin bzw. des Psychoanalytikers ist bei dieser Methode auf das aktuelle Beziehungsgeschehen und auf den dominierenden Affekt bzw. die pathologische Abwehrorganisation gerichtet. Bei der Deutung stehen diejenigen „Übertragungsdeutungen“ im Vordergrund, die zu einem Verständnis der frühen, „primitiven“ Objektbeziehungen führen, sodass Teilselbst- und Teilobjektbeziehungen erkannt und integriert werden können. Es kann bewusst gemacht werden, dass die gegenwärtig erlebte Interaktion im therapeutischen Prozess Widerspiegelungen früher unbewusster Fantasien sind.
Therapieziel ist eine Veränderung der psychischen Struktur mit dem Ziel, eine integrierte Identität und Objektkonstanz herzustellen und „interpersonelle Verzerrungen“ zu korrigieren.

Setting: Patient:in und Therapeut:in sitzen einander in diesem Verfahren gegenüber. Frequenz: 2-mal wöchentlich (45/50 Minuten; Manual[6]).

Die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) ist eine evidenzbasierte, manualisierte Therapie (A Practical

Guide"), die vor allem bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung eingesetzt wird, aber auch bei anderen Erkrankungen nachweislich wirksam ist.[8] Die MBT basiert auf der psychoanalytischen Theorie und neuen Ergebnissen aus der Bindungsforschung sowie der sozialen Kognitionsforschung. Therapieziel ist dabei, prämentalisierende Modi, die für verschiedene Störungen spezifisch sind, zu verändern. Im Setting wird ein besonderes Augenmerk auf die sichere Umgebung gelegt und den unterschiedlichen Affekten der Patient:innen mit einer spezifischen Haltung gegenübergetreten, um neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Damit wird der Teufelskreis aus unzureichendem Mentalisieren und dysfunktionalen Bindungsmustern unterbrochen.
Insgesamt kann gesagt werden, dass im Falle des Vorliegens einer Identitätsproblematik im Sinne der Identitätsdiffusion, vergleichbar einer „Level-of-Personality-Functioning-Scale-Level-IV- oder -V"-Beurteilung, eine psychoanalytische Psychotherapie – 2-mal wöchentlich, sitzend – indiziert ist. Der Blickkontakt im Sitzen ermöglicht hierbei einen besseren Realitätsbezug für die Patient:innen und wirkt sich stabilisierend aus.
Eine Evidenzbasierung liegt für die genannten Formen psychoanalytischer Psychotherapie auf Level Ia nach Kriterien von Chambless und Hollon vor.[9]

Die psychoanalytische Gruppenpsychotherapie wird meist in einer Kleingruppe mit 6 bis 8 Mitgliedern in einer Frequenz von 1 Sitzung pro Woche (Dauer: 90 Minuten) durchgeführt. Meist wird die Gruppe als halboffene Gruppe mit mehrjähriger Dauer konzipiert – wenn ein Mitglied ausscheidet, tritt ein neues in die Gruppe ein. Aus psychoanalytischer Sicht ist die Gruppe als interaktionelle Reinszenierung von unbewussten Objektbeziehungsmustern, von verinnerlichten unbewussten Interaktionserfahrungen zu definieren. Das Individuum hat ein Set von internalisierten Objektbeziehungen, die es je nach Gruppeninteraktion und sich zur Verfügung stellenden Übertragungsobjekten externalisieren kann. Die Gruppe ist ein Netzwerk von sozialen Interaktionen und multiplen Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozessen zwischen den Teilnehmenden einschließlich des Leiters/der Leiterin.[10]
Voraussetzungen für den Psychoanalytiker/die Psychoanalytikerin sind eine zusätzliche Ausbildung und Gruppenselbsterfahrung. Der Leiter/die Leiterin ist Teil der Gruppe und gleichzeitig ein Mitglied mit besonderer Funktion. Mit der analytischen Haltung nimmt die Gruppenleitung eine reflexive Distanz zum sie miterfassenden Gruppengeschehen ein. Die Reflexion der Gegenübertragung ermöglicht ein Verstehen und Diagnostizieren des Übertragungsgeschehens.

Psychoanalyse(Standardmethode)

Die Standardmethode soll hier etwas ausführlicher beschrieben werden, da wichtige Elemente in den anderen psychodynamischen Methoden in Abwandlungen Verwendung finden.

Setting: Der Patient/die Patientin liegt während der Sitzung auf der Couch, der Psychoanalytiker/die Psychoanalytikerin sitzt dahinter.
Die Frequenzdichte (3–4 Sitzungen/Woche) lässt eine Übertragungssituation entstehen, die es im Verein mit der gleichzeitig erzielten Haltefunktion des Settings erlaubt, dass quasi „in situ" erkrankungsursächliche, unbewusste frühe Traumata, Konflikte und damit verbundene Abwehrmechanismen, die zur pathologischen psychischen Struktur geführt haben, sichtbar und bewusst werden können – ein Vorgang, der durch die Liegeposition zusätzlich unterstützt wird.
Die „Freie Assoziation" der Patient:innen trifft auf die „Gleichschwebende Aufmerksamkeit" der

Psychoanalytikerin bzw. des Psychoanalytikers; diese:r versucht, explizite und implizite Mitteilungen zum Verstehen zu verknüpfen und die Mitteilungen (Deutungen) unter Verzicht auf direkte Ratschläge zu formulieren.
Träume und Assoziationen der Patient:innen weisen auf das Unbewusste hin – in Form bestimmter sich wiederholender Verhaltensweisen, in Form von traumatischen Inhalten, die schwer besprechbar bzw. nicht symbolisierbar sind.
Wichtig ist auch die Art und Weise, wie sich der Patient/die Patientin dem Psychoanalytiker/der Psychoanalytikerin gegenüber (szenisch) verhält, wie sich also der Übertragungsprozess gestaltet.
Durch die „psychoanalytische Haltung" soll möglichst ohne Einschränkung jeglichen Einfällen der Patient:innen zugehört werden. Durch die systematisch neutrale und wohlwollende Umgangsform (Abstinenzregel) gelingt es, einen besseren Zugang zu bisher unbekannten Denkräumen zu erhalten.
Indem die Deutungen der Psychoanalytikerin bzw. des Psychoanalytikers durch darauffolgende Einfälle bestätigt, präzisiert, korrigiert, zurückgewiesen oder mit weiterführenden Einfällen und Empfindungen angereichert werden, wird der begonnene Deutungsprozess vertieft und Einsichten in unbewusste Vorgänge gewonnen und durchgearbeitet, meist nicht ohne Ringen der Patient:innen (Widerstand).
Das Wesentliche des psychoanalytischen Prozesses besteht aus beständiger Abfolge von Klären, Konfrontieren, Deuten und Durcharbeiten. Das Verstehen der Abkömmlinge unbewusster Wünsche und Erfahrungen mit den primären Beziehungspersonen ist zentral. Dies verhilft, zwischen Phantasie und Realität, zwischen Vergangenheit und Gegenwart zu unterscheiden. Die Patient:innen gewinnen so nicht nur Einsicht in ihre unbewussten Konfliktkonstellationen, sondern auch darin, wie jene Lösungsmodelle, die in der Vergangenheit angewendet wurden, sich oft sehr selbstdestruktiv in der Gegenwart wiederholen. Die konsequente Anwendung der Prinzipien der psychoanalytischen Übertragungssituation führt dazu, dass problematische, sich lähmend wiederholende Lebensweisen modifiziert und Freiheitsgrade im Arbeits- und Liebesleben dazugewonnen werden können.

Ziel ist es, tiefgreifend strukturelle, nachhaltige Veränderungsprozesse für das Leben der Patient:innen zu erreichen.
Hinsichtlich der Therapiedauer – besonders im Hinblick auf die Behandlung von Patient:innen mit schweren Persönlichkeitsstörungen mit verfestigten, „frühen", oft komplex-pathologischen Abwehrstrukturen, die mit dysfunktionalen Beziehungsmustern, besonderer Regressionsneigung, mit destruktiver Einstellungsbereitschaft und häufig chronifizierten Krankheitsverläufen einhergehen – kann davon ausgegangen werden, dass die nachhaltige Änderung der Persönlichkeit zwischen 5 und 7 Jahre Behandlungszeit in Anspruch nimmt. Dabei spricht der gesellschaftliche Kosten-Nutzen-Faktor nachweislich für diese Aufwendungen.[11]

Psychoanalytische Kurztherapie

Im Zusammenhang mit der Erweiterung des der Psychoanalyse zustehenden Indikationsfeldes wurde auch die mögliche Verkürzung der Behandlungsdauer studiert. Die psychoanalytische Kurztherapie unterscheidet sich in äußeren Bedingungen: Setting: sitzend, Sitzungsdichte anfangs 1- bis 2-mal wöchentlich, später alle 2–3 Wochen. Die Gesamtdauer der Therapie umfasst durchschnittlich 10–30 Sitzungen über 3–6 Monate. Das innere Gefüge der Kurztherapien unterscheidet sich von den psychoanalytischen Verfahren durch die aktive Haltung, gezieltes Vorgehen und direktes Deuten. Es werden aktuelle Schwierigkeiten besprochen.
Die Fokussierung, v.a. in Form einer Fokusformulierung, die zentraler Gegenstand einer Kurztherapie sein

kann, führt zu einem verdichteten und konzentrierten Umgang mit dem Faktor Zeit in einer Psychotherapie.

Abschließend sei noch auf die Situation der Psychotherapiefinanzierung in Österreich eingegangen: Im Rahmen der verschiedenen Finanzierungsvarianten, die das Gesundheitssystem ermöglicht (ärztliche/nichtärztliche Psychotherapie, Voll- und Teilfinanzierung), ist eine defensive Haltung der Kassen bezüglich tiefenpsychologischer Therapieformen trotz nachweislicher Wirksamkeit[12] bemerkbar. Das bedeutet, dass aus dem Motiv der kurzfristigen Mehrkosten Indikationen für hochfrequente Behandlungen von den Kassen oft nicht akzeptiert werden und in Kauf genommen wird, dass sich Chronifizierungen einstellen. Diese führen dann langfristig zu erheblichen höheren Kosten im Gesundheits- und Pensionssystem, anstatt dass zielgerichtete ambulante Therapiemöglichkeiten geschaffen werden.

Löffler-Stastka H., Gonaus M.,
Hornung-Ichikawa E., Horvath E.,
Kirchner B., Narath U., Posch K.,
Radauer T., Sachs G.
für die Tiefenpsychologisch-Psychoanalytische Dachgesellschaft (tpd)

Autor:
Univ.-Prof.in Dr.in Henriette Löffler-Stastka

Ursprünglich erschienen:
SP 02|2023

Publikationsdatum:
2023-07-03

Literatur

1. Bach B, Simonsen S, Curr Opin Psychiatry 2021; 34(1):54–63

2. Löffler-Stastka H, Personality Syndromes P Axis, in: Lingiardi and McWilliams PDM-2 Psychodynamic Diagnostic Manual; Guilford Publications, New York 2017

3. Döll-Hentschker S et al., Psychoanalyse in der Psychotherapie: Das Privileg der Frequenzwahl, in: Dreyer KA & Schmidt MG (Hg.) Niederfrequente psychoanalytische Psychotherapie, 144–68; Klett Cotta, Stuttgart 2008

4. Bormann T, Weiller C, Neuropsychologische Störungen des Gedächtnisses, Nervenarzt 2020; 91:543–52

5. Zimmermann J et al., Clin Psychol Psychother 2015; 22:469–87

6. Yeomans FE et al., Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit Manual zur psychodynamischen Therapie; Schattauer, Stuttgart – New York 2017

7. Bateman A, Fonagy P, Mentalization-based Treatment for Borderline

8. Personality Disorder: A Practical Guide; Oxford University Press, Oxford 2006

9. Malda-Castillo J et al., Psychol Psychother 2019; 92(4):465–98

10. Rössler-Schülein H, Löffler-Stastka H, Neuropsychiatr 2013; 27(4):180–7

11. Janssen PL, Sachs G, Psychodynamische Gruppenpsychotherapie, Theorie, Setting und Praxis, Schattauer, Stuttgart 2018

12. Rieß G, Löffler-Stastka H, Psychotherapie Forum 2022; 26(2):136–43

13. Seitz T et al., Bull Menninger Clin 2019; 83(2):105–27

© MedMedia Verlag und Mediaservice GmbH - Seidengasse 9/Top 1.1, 1070 Wien - Tel.:
+43 1 4073111-0 - Fax: +43 1 4073114