

Kernberg, Otto F. / Krischer, Maya K. und Foelsch, Pamela A.

Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Jugendliche: Der vorläufige Stand

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 8, S. 662-692

urn:nbn:de:bsz-psydok-48434

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Übertragungsfokussierte Psychotherapie für Jugendliche: Der vorläufige Stand

Otto F. Kernberg, Maya K. Krischer und Pamela A. Foelsch

Summary

Transference Focused Psychotherapy for Adolescents: A Preliminary Communication

This article describes transference focused psychotherapy and its treatment strategies for the psychoanalytic treatment of severe personality disorders. The specific modifications proposed for the treatment of adolescent patients with this disorder are discussed. Elaborately, we dwell on the assessment phase for evaluating adolescents with the specific modifications regarding contract setting and inclusion of parents and caregivers in the beginning of and during psychotherapy. Besides the modified treatment strategies the interventions or “treatment tactics” and specific “treatment techniques” are recommended which are essential during the treatment of adolescents with severe personality disorders.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 662-692

Keywords

Personality disorders – transference focused psychotherapy – adolescence

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit werden die übertragungsfokussierte Psychotherapie und deren allgemeingültige Behandlungsgrundsätze für eine psychoanalytische Behandlung von schweren Persönlichkeitsstörungen vorgestellt. Spezifische Veränderungen werden für die Therapie jugendlicher Patienten mit diesem Störungsbild vorgeschlagen. Ausführlich wird auf die Diagnostik von Jugendlichen, dabei insbesondere auf die Erarbeitung eines Therapievertrages mit dem jugendlichen Patienten unter Einbeziehung von Eltern und Bezugspersonen zu Beginn und im Verlauf der Psychotherapie eingegangen. Neben für das Jugendalter modifizierten „Behandlungsstrategien“ werden veränderte Interventionen oder „Behandlungstaktiken“ sowie spezifische „Behandlungsmethoden“ empfohlen, welche für die Arbeit mit jugendlichen Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen maßgeblich sind.

Schlagwörter

Persönlichkeitsstörungen – übertragungsfokussierte Psychotherapie – Adoleszenz

1 Überblick über die übertragungsfokussierte Psychotherapie

Diese Arbeit ist eine überarbeitete Zusammenfassung über die übertragungsfokussierte Psychotherapie, bei der es sich um eine psychoanalytische Psychotherapie handelt, die auf die Behandlung von schweren Persönlichkeitsstörungen ausgerichtet ist, und bei der die gängige Psychoanalyse üblicherweise nicht angewendet werden sollte. Stattdessen werden spezifische Änderungen in der Therapie für jugendliche Patienten mit diesen Störungen vorgeschlagen. Diese Änderungen reflektieren weitgehend die Arbeit von Dr. Paulina Kernberg, welche die Durchführung der übertragungsfokussierten Psychotherapie bei einer Gruppe von jugendlichen Patienten leitete. Diese Behandlung wurde 30 Jahre lang in der Abteilung für Psychiatrie des Weill Medical College der Cornell Universität in New York entwickelt. Diese Methode liegt in manualisierter Form vor; die zweite überarbeitete Fassung dieses Handbuchs wurde vor kurzem veröffentlicht (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006). Die übertragungsfokussierte Psychotherapie wurde empirischen Studien unterzogen, die die Wirksamkeit der Behandlung belegen und es rechtfertigen, diese Methode, deren Einhaltung in empirischen Behandlungsprotokollen sichergestellt wurde, zu lehren (Clarkin et al, 2005; Levy et al, 2006; Clarkin et al, im Druck). Es wurde eine groß angelegte Studie abgeschlossen, die einerseits den Vergleich zwischen dieser Art von Behandlung und einer supportiven Psychotherapie (basierend auf psychoanalytischen Prinzipien), und andererseits einer kognitiven, auf das Verhalten bezogenen Psychotherapie für Borderline-Patienten (der so genannten dialektischen Verhaltenstherapie) beinhaltete. Diese Studie belegt die Wirksamkeit der übertragungsfokussierten Psychotherapie.

Unsere Gruppe hat diese Herangehensweise seit 1976 systematisch entwickelt. Wir haben ein theoretisches Modell entwickelt, eine entsprechende theoretische Methode, sowie eine klinische Herangehensweise für die Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen, wobei wir verschiedene psychoanalytische Hypothesen aufgestellt haben, sowohl in Bezug auf deutendes Vorgehen bei Patienten als auch Auswertungen der therapeutischen Interaktionen, indem wir Langzeit-Behandlungen filmten. Wir entwickelten eine Differenzierung zwischen allgemeinen Langzeit-Behandlungszielen und entsprechenden „Behandlungsstrategien“, außerdem eine Systematisierung der Interventionen oder die „Behandlungstaktiken“, welche in jeder Sitzung die Aufrechterhaltung der Arbeit mit dieser Patientengruppe bedingen; gleichzeitig versuchten wir, die spezifischen Instrumente bzw. „Behandlungsmethoden“ der psychoanalytischen Behandlung während des gesamten Behandlungsverlaufs zu definieren. Im Folgenden werden wir diese Behandlungsstrategien, Vorgehensweisen und Methoden kurz ausführen.

1.1 Strategien

Unsere Annahme bestand darin, dass Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder Borderline-Persönlichkeitsstruktur am Syndrom der Identitätsdiffusi-

on leiden, das heißt an einem chronischen, stabilen Mangel ihres Konzeptes von sich selbst sowie von für sie bedeutsamen anderen, und dass der ultimative Grund für dieses Syndrom die Störung der psychologischen Integration ist, die durch die Vorherrschaft von aggressiven verinnerlichten Objektbeziehungen über idealisierten entstanden ist. In der Bemühung, diesen idealisierten Teil der Selbst- und Objektrepräsentationen zu schützen, wurde das Ich dieser Patienten auf einer Ebene primitiver dissoziativer oder spaltender Mechanismen fixiert und durch eine Vielfalt anderer primitiver Schutzmechanismen verstärkt, welche der Dominanz von Verdrängung vorausgingen, nämlich hauptsächlich der projektiven Identifikation und der Omnipotenz sowie omnipotenter Kontrolle, der Abwertung, Verleugnung und primitiven Idealisierung. Identitätsdiffusion zeigt sich klinisch in dem Unvermögen, sein Selbst und andere korrekt und genau zu erfassen, sich für eine Arbeit oder einen Beruf zu verpflichten, stabile enge Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten sowie in einem Unvermögen, in zwischenmenschlichen Begebenheiten ein subtiles Verständnis und Takt aufzubringen. Primitive Verteidigungsstrategien, die der psychologischen Spaltungsstruktur des Patienten und der Identitätsdiffusion entsprechen, zeigen sich im Verhalten des Patienten und sind ein wichtiges Merkmal seines maladaptiven Verhaltens, mit negativem Affekt und zwischenmenschlichen Konfliktsituationen umzugehen, die wesentlich zum Chaos und zum Zusammenbruch von Intimität, Arbeit, Kreativität und des gesellschaftlichen Lebens beitragen. Einer von uns (Kernberg, 2006) hat in einer früheren Arbeit die Ätiologie, Psychopathologie, den empirischen Forschungsstand und die klinische Einschätzung des Identitätsdiffusionsyndroms beschrieben.

Die Hauptstrategie in der übertragungsfokussierten Psychotherapie bei Borderline-Persönlichkeitsorganisation besteht darin, in der Behandlung die (Re-)Aktivierung von aufgespaltenen internalisierten Objektbeziehungen zu ermöglichen, die in ihrem Wesen gegensätzlich zugleich verfolgend und idealisiert sind, und die dann beobachtet und in der Übertragung interpretiert werden. Die übertragungsfokussierte Psychotherapie wird in individuellen Einzelsitzungen mit einer Mindestanzahl von zwei Sitzungen und einer Höchstanzahl von drei Sitzungen pro Woche durchgeführt. Der Patient wird angewiesen, (detailliert und präzise) frei zu assoziieren, und der Therapeut beschränkt seine Rolle auf eine sorgfältige Beobachtung der Aktivierung der regressiven, aufgespaltenen Beziehungen in der Übertragung und hilft dem Patienten, sie zu identifizieren und ihre Abspaltung im Lichte der enormen Schwierigkeiten dieser Patienten zu deuten, ihr eigenes Verhalten und die Interaktionen zu reflektieren, in die sie sich verstricken. Die Interpretation dieser aufgespaltenen Objektbeziehungen basiert auf der Annahme, dass jede einzelne von ihnen eine dyadische Einheit einer Selbstrepräsentation, einer Objektrepräsentation sowie eines damit verbundenen dominanten Affektes darstellt. Außerdem wird angenommen, dass die Aktivierung dieser dyadischen Beziehungen die Wahrnehmung des Therapeuten durch den Patienten bestimmt und in der Übertragung mit schnellen Rollenwechseln vorkommt, sodass sich der Patient mit einer primitiven

Selbstrepräsentation identifizieren mag und gleichzeitig eine entsprechende Objektrepräsentation auf den Therapeuten projizieren mag und sich dann, beispielsweise zehn Minuten später, mit der Objektrepräsentation identifiziert, während er zugleich die Selbstrepräsentation auf den Therapeuten projiziert. Indem man das beobachtende Ich des Patienten mit einbezieht, schafft man die Voraussetzung dafür, die Konflikte dieser Dyaden sowie die daraus folgenden Bilder von sich selbst und anderen, getrennt und übertrieben, zu deuten. Bis diese Repräsentationen in eher nuancierte und modulierte integriert werden, wird sich der Patient selbst und andere weiterhin in einer übertriebenen, verzerrten und sich schnell wechselnden Art und Weise wahrnehmen.

Zum Beispiel könnte der Patient sich wie ein verzweifertes Kind benehmen, das versucht, die Aufmerksamkeit einer desinteressierten Mutter auf sich zu ziehen, wobei der Patient das Bild der desinteressierten Mutter auf den Therapeuten projiziert. Zehn Minuten später aber wandelt sich das Verhältnis dann um, und es ist der Patient, der in die Rolle der desinteressierten Mutter schlüpft und der Therapeut, der, als Auswirkung der projektiven Identifizierung, sich selbst in der Rolle des machtlosen Kindes wiederfindet, das versucht, die Aufmerksamkeit der distanzierten Mutter zu erlangen. Dieses Schwanken, beziehungsweise die alternative Rollenverteilung der Dyaden, muss unterschieden werden von der Spaltung zwischen gegensätzlichen Dyaden, die gegensätzliche (idealisierte und verfolgende) affektive Ladungen nach sich ziehen. Der letzte Schritt der Interpretation besteht darin, die dissoziierten positiven und negativen Übertragungen miteinander zu verbinden, was zur Integration der gegenseitigen abgetrennten idealisierten und verfolgenden Erfahrungssegmente mit der entsprechenden Lösung mittels Identitätsdiffusion führt. Bei dem gerade verwendeten Beispiel distanzierte Mutter/machtloses Kind, ist es eine verfolgende Teilobjekt-Beziehung. Das Gegenteil davon mag eine liebende Mutter/glücklich abhängiges Kind-Beziehung sein, die auch wiederum in einer schwankenden Art und Weise ausgedrückt ist. Die Interpretation dieser aufgespaltenen Beziehungen geschieht in einer charakteristischen Abfolge in drei Schritten.

Der erste Schritt besteht in der Formulierung der ganzen Beziehung, die zu diesem Zeitpunkt aktiviert zu sein scheint und wobei der Therapeut sich verschiedener Metaphern bedienen sollte, die die Sachlage so vollständig wie möglich und in einer Art und Weise darlegen, dass der Patient sie verstehen kann. Außerdem sollte der Therapeut dem Patienten mittels Klärung genau erläutern, wer welche Rolle in diesem Zusammenspiel spielt. Die Kommentare des Therapeuten basieren auf seinen Beobachtungen, seiner Anwendung der Gegenübertragung und auf Erläuterungen, die vom Patienten erbeten worden sind – und zwar bezüglich der Art und Weise, wie der Patient die Beziehung zu jedem Zeitpunkt wahrnimmt.

Der zweite Schritt besteht in der Beobachtung des Vertauschens der entsprechenden Rollen zwischen Patient und Therapeut, und dies stellt einen sehr wichtigen Schritt dar, der es dem Patienten mit der Zeit erlaubt, seine unbewusste Identifizierung mit der Objektdarstellung und auch der Selbstdarstellung zu verstehen. Dies führt zu ei-

nem schrittweisen Bewusstwerden der sich gegenseitigen Ergänzung dieser zwei Rollen. Im zweiten Schritt geht es um die Klärung und Konfrontation beider schwankenden Pole einer gegebenen Dyade. Da die idealisierten und verfolgenden Beziehungen, die aktiviert worden sind, allerdings typischerweise in verschiedenen Dyaden voneinander abgetrennt bleiben, wird der Patient dadurch fähiger, das extreme dyadische Wesen jedes einzelnen zu erkennen, wenngleich die Aufspaltung bzw. die dissoziierte Art aufrechterhalten bleibt, die alle guten von allen schlechten Beziehungen trennt. So könnte zum Beispiel die desinteressierte Mutter/das wütende Kind-Dyade mit der liebevollen Mutter/ glücklich abhängigen Kind-Beziehung wechseln, die andererseits mit alternativen umgekehrten Rollenidentifikationen präsentiert werden. Deswegen liegt die Verwirrung des Patienten nicht einfach in der Schwankung innerhalb der Dyade, sondern auch in der Tatsache, dass eine Dyade, die eine libidinöse Wirkung hat, in einem Moment aktiviert werden kann, während eine Dyade, die einen aggressive Affekt hat, in einem anderen Moment aktiviert werden kann. Eine der Hauptziele der Interpretationsarbeit ist es, die Motivation, diese Dyaden voneinander getrennt zu halten, zu verstehen. Darin besteht der Fokus für den nächsten Schritt.

Der dritte und letzte Schritt besteht in der deutenden Verbindung der gegenseitig dissoziierten positiven und negativen Übertragungen, diejenigen Übertragungen, welche die idealisierten und verfolgenden Beziehungen reflektieren, was zu einer Integration der gegenseitig abgetrennten idealisierten und verfolgenden Erfahrungssegmente führt, einer entsprechenden Lösung der Identitätsdiffusion sowie der Modulation der intensiven affektiven Dispositionen als primitive euphorische oder hypomanische Affekte, die mit ihren entsprechenden ängstlichen, verfolgenden und aggressiven Gegensätzen integriert werden.

Der Therapeut könnte zum Beispiel während der Übertragungsentwicklung, die vorhin beschrieben wurde, die Notwendigkeit für eine idealisierte Beziehung als Verteidigungsmechanismus gegen das Auftauchen der verfolgenden Beziehung auswerten, wenn es zur Frustration kommt und das führt dann dazu, dass der Patient erkennt, dass der Therapeut weder so schrecklich noch so vollkommen ist, wie der Patient angenommen hatte, und dass der Patient weder so wütend, bedürftig und frustriert ist, noch (vorübergehend) so vollkommen zufrieden und ausgefüllt ist, wie der Patient das vorher angenommen hatte.

Dieser dritte Schritt bewirkt eine wichtige Integration der Ich-Identität des Patienten als eine integrierte Selbsteinschätzung – komplexer, reicher und nuancierter als die vereinfachten und extremen aufgespaltenen Repräsentationen – und eine entsprechende integrierte Sichtweise von wichtigen Bezugspersonen ersetzen ihr aufgespaltenes früheres Wesen. Außerdem bewirkt dies eine Erfahrung von angemessenen depressiven Affekten, die die Fähigkeit widerspiegelt, seine eigene Aggression anzuerkennen, die früher als dysphorischer Einfluss wahrgenommen wurde und sowohl Sorge als auch Schuldgefühle beinhaltete. Außerdem wird der Wunsch vorherrschend, an sich gute Beziehungen, die in der Fantasie oder tatsächlich Schaden erlitten haben, wieder in Ordnung zu bringen.

Der erste Schritt dieses Ablaufs beginnt in der ersten Therapiesitzung, wobei Schritt zwei relativ schnell auf die ersten paar Wochen und Monate der Behandlung folgt. Schritt drei charakterisiert die mittleren und fortgeschrittenen Abschnitte der Psychotherapie. Gleichzeitig ist diese Abfolge in drei Schritten allerdings ein sich oft wiederholender Prozess. Einige der Interpretationen in Phase drei können schon nach kurzer Zeit möglich sein, und die Schritte eins, zwei und drei können immer und immer wieder durchgeführt werden, wobei es möglich ist, dass es zuerst Wochen dauert, die gesamte Abfolge zu entwickeln, dann nur ein paar Sitzungen und dann, im fortgeschrittenen Stadium der Behandlung, könnte es möglich sein, dass alle drei Schritte während einer einzigen Sitzung durchgeführt werden.

Die vollständige Strategie, nämlich die Auflösung der Identitätsdiffusion und der Integration der gegenseitigen aufgespaltenen idealisierten und verfolgenden Beziehungen, wird durch die Tatsache ermöglicht, dass unbewusste Konflikte in der Übertragung hauptsächlich im Verhalten des Patienten aktiviert werden und nicht im Auftauchen vorbewusster subjektiver Erfahrungen, die die unbewusste Fantasie widerspiegeln. Die Intoleranz bezüglich der überwältigenden emotionalen Erfahrungen drückt sich bei den meisten Borderline-Patienten durch eine Tendenz aus, solche emotionalen Erfahrungen auszuagieren, sowie einer Somatisierung bei einigen anderen Persönlichkeitsstörungen (Green, 1993). Die Tatsache, dass sich einfache Konflikte eher in dissoziiertem Verhalten ausdrücken als in freier Assoziation, ist ein grundlegendes Merkmal dieser Fälle, das die Übertragungsanalyse mit relativ wenigen Sitzungen möglich macht, während genau die Intensität dieser Konflikte die volle Analyse dieser Übertragungsentwicklungen ermöglicht. In diesen Fällen ist es wichtig, sehr klare Grenzen und Bedingungen für die Behandlung zu etablieren, sodass eine „normale“ Beziehung in der Therapie definiert wird und die sofort einen Kontrast zu den Verzerrungen in der therapeutischen Beziehung darstellt, die von der Aktivierung primitiver Übertragungen kommt. Das führt zur Diskussion eines zweiten wichtigen Aspekts der Behandlung: die Vorgehensweise, die der Therapeut in jeder Sitzung anwendet und das die Voraussetzungen schafft, die für die Anwendung der Interpretation und der anderen Behandlungsmethoden nötig sind.

1.2 Die Vorgehensweise

Die Vorgehensweise besteht aus verpflichtenden Regeln, die dafür sorgen, dass die psychoanalytische Behandlungsmethode in abgeänderter Form angewendet werden kann, und die der Art und Weise der Übertragungsentwicklungen in diesen Fällen entspricht. Die Vorgehensweise ist wie folgt: 1) den Behandlungsvertrag aufzusetzen, 2) das Hauptthema aus dem Material, das der Patient präsentiert, auszuwählen, das adressiert werden soll 3) eine angemessene Balance zu halten, einerseits zwischen der Erweiterung der unvereinbaren Realitätsbilder von Patient und Therapeut, wenn es um die Vorbereitung zur Deutung geht und andererseits wenn es darum geht, gemeinsame Elemente einer übereinstimmenden Realität festzusetzen, und 4) die Intensität des affektiven Engagements zu regulieren.

Beim Festsetzen eines ersten Behandlungsvertrages werden, zusätzlich zu den üblichen Vereinbarungen für eine psychoanalytische Behandlung, dringliche Schwierigkeiten im Leben eines Borderline-Patienten, die die physische Unversehrtheit des Patienten oder sein Überleben oder das anderer gefährden, oder die die Fortführung der Behandlung gefährden, alle notiert und strukturiert und zwar so, dass Regeln für die Durchführung der Behandlung aufgestellt werden, die bestimmte Verpflichtungen sowohl für den Patienten als auch für den Therapeuten enthalten. Das gebräuchlichste Beispiel ist das bei Patienten mit chronisch charakterologischem suizidalem Verhalten. In so einem Fall wird dem Patienten eine Vereinbarung angeboten, durch die ihm die Verantwortung übertragen wird, entweder die Notaufnahme aufzusuchen (wenn er einen so starken Drang zum Selbstmord verspürt, dass er diesen Drang nicht mehr niederkämpfen kann), oder (wenn der Patient diesen Drang unter Kontrolle halten kann) diese Emotionen während der nächsten Sitzung anzusprechen, sodass sie näher untersucht werden können. Es ist wichtig zu betonen, dass wir hier über suizidales Verhalten sprechen, das im Charakter des Patienten und nicht in einer schweren Depression begründet liegt, und wir führen eine sehr sorgfältige differenzierte Diagnose aus bei Fällen, bei denen die Absicht, Suizid zu begehen, ein Symptom einer schweren Depression ist, im Gegensatz zu Patienten, für die suizidales Verhalten sozusagen zum „Lebensstil“ gehört. Was am Anfang der Behandlung beim Strukturieren des Vertrages wesentlich ist, ist zum einen, dass die therapeutische Struktur den sekundären Gewinn der Behandlung eliminiert und zum anderen, dass in einer Situation, in der Grenzen und Einschränkungen gesetzt werden müssen, um das Leben des Patienten zu erhalten, beziehungsweise die Behandlung fortführen zu können, die Übertragungsimplicationen dieser Restriktionen oder Grenzsetzungen sofort interpretiert werden müssen. Die Kombination der Grenzsetzung und der Interpretation der entsprechenden Entwicklung in der Übertragung ist eine essentielle, hoch wirksame und manchmal lebensrettende Vorgehensweise in der Behandlung. Yeomans und andere (1992) haben die Methoden und die Schwierigkeiten, den anfänglichen Vertrag aufzusetzen, genau beschrieben; und das Handbuch zu den technischen Aspekten der übertragungsfokussierten Psychotherapie (Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006) beschreibt im Detail, was bei der Durchführung der Therapie vorrangig behandelt werden muss.

Was die Problemkreise betrifft, die der Patient während der Sitzung zu jedem beliebigen Zeitpunkt zur Sprache bringt, ist die wichtigste Vorgehensweise die allgemeine analytische Regel, dass die Interpretation dort ausgeführt werden muss, wo der Affekt am größten ist: das Vorherrschen des Affekts bestimmt den Fokus der Interpretation. Der intensivste Affekt kann sich in der subjektiven Erfahrung des Patienten ausdrücken, im nicht-verbalen Verhalten des Patienten, oder manchmal auch in der Gegenübertragung – wenn es auf der Oberfläche wie eine vollkommen erstarrte oder affektarme Situation zu sein scheint (Kernberg, 2004). Die simultane Aufmerksamkeit des Therapeuten für die verbale Kommunikation des Patienten, für sein nicht-verbales Verhalten sowie für die Gegenübertragung erlaubt eine Diagnose des in diesem Moment vorherrschenden Affekts und der entsprechenden Objektbeziehung, die in

der Behandlungssituation aktiviert wird. Jeder Affekt wird als eine Manifestation der zugrunde liegenden Objektbeziehung angesehen.

Die zweitwichtigste Erwägung zur Auswahl dessen, was interpretiert werden soll, ist die Art der Übertragung. Wenn eine wesentliche Affektentwicklung mit einer Übertragungsentwicklung zusammentrifft, wird es einfach festzustellen sein. Aber es gibt Zeiten, bei denen sich der Affekt hauptsächlich dann zuträgt, wenn er auf Bedingungen beruht, die außerhalb der Übertragung liegen oder in der äußeren Welt des Patienten geschehen. Solch eine Vorherrschaft des Affekts in der äußeren Welt des Patienten hat natürlich auch immer Konsequenzen, was die Übertragung betrifft; der Fokus muss allerdings als erstes auf der äußeren affektiven Situation liegen und sich erst später auf eine Übertragungsinterpretation verlagern, nämlich zu einem Zeitpunkt, zu dem die entsprechende Übertragungsentwicklung ganz eindeutig das Zentrum der Interaktion des Patienten mit dem Psychoanalytiker einnimmt. Das ist eine wichtige Vorgehensweise, die aus Fenichels Behandlungsempfehlungen (1941) stammt und eine Flexibilität dieser Herangehensweise widerspiegelt, indem sie gleichzeitig auf die Übertragung als auch auf die Entwicklungen im äußeren Leben dieser Patienten zu jedem gegebenen Zeitpunkt fokussiert.

Und noch eine weitere taktische Vorgehensweise bezieht sich auf gewisse allgemeine Prioritäten, derer man sich sofort annehmen muss, ob sie nun in der Sitzung eine affektive Vorherrschaft reflektieren oder nicht, obwohl sie das meistens sowieso tun. Diese Prioritäten sind im Folgenden in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit aufgeführt: 1) suizidales oder homizidales Verhalten, 2) die Gefährdung der Weiterführung der Behandlung, 2) schweres Ausagieren innerhalb oder außerhalb der Sitzung, welches das Leben des Patienten bedroht, beziehungsweise die Behandlung gefährdet, 4) Unehrlichkeit, 5) die Trivialisierung der Stundeninhalte und 6) vorherrschender narzisstischer Widerstand, der durch eine konsequente Analyse der Übertragungsimplicationen eines pathologisch grandiosen Selbst (Kernberg, 1984; Clarkin, Yeomans, Kernberg, 2006) aufgelöst werden muss. Wenn keine dieser Prioritäten zum relevanten Zeitpunkt vorherrschend zu sein scheint, dann ist die allgemeine Vorgehensweise einer affektiven Vorherrschaft und der Übertragungsanalyse ausschlaggebend.

Ein wichtiger taktischer Aspekt einer Behandlung enthält Bedingungen von schwerer Regression, einschließlich Affektstürme, mikropsychotische Episoden, negative therapeutische Reaktionen und „unvereinbare Realitäten“. Wir haben spezifische technische Vorgehensweisen bezüglich dieser Situationen entwickelt; die Beschreibung all dieser würde allerdings den Rahmen dieses Artikels sprengen.

Wir haben „psychopathische Übertragungen“ beschrieben, die üblicherweise dann auftreten, wenn Patienten deutlich antisoziale Merkmale aufweisen. Sie werden charakterisiert durch die chronische Unaufrichtigkeit des Patienten bezüglich wichtiger Gebiete der Information oder durch die Annahme des Patienten, der Therapeut sei unaufrichtig; oder es kann auch sein, dass der Patient glaubt (und es tatsächlich so wahrnimmt), dass alle zwischenmenschlichen Beziehungen auf gegenseitiger Ausnutzung und Unaufrichtigkeit basieren. Die psychopathischen Übertragungen sind

gewöhnlich Abwehrstrategien gegen paranoide Übertragungen, und ihre schrittweise Interpretation und Auflösung intensiviert die paranoiden Übertragungen in den Sitzungen, die wiederum, wenn sie durchgearbeitet werden, zu einer letztendlichen Vorherrschaft depressiver Übertragungen führt.

1.3 Methoden

Während sich die oben angesprochenen „Strategien“ auf das allgemeine Langzeitziel und ihre Durchführung in der Übertragungsanalyse beziehen und sich die danach erwähnten „Vorgehensweisen“ auf ein bestimmtes Eingreifen während der konkreten Behandlungssitzungen beziehen, nehmen die Methoden auf die allgemeine, folgerichtige Anwendung technischer Methoden Bezug, die aus der psychoanalytischen Behandlungsmethode stammen. Die hauptsächlich in der übertragungsfokussierten Psychotherapie verwendeten Methoden sind die folgenden, die von Gill (1954) als essentielle Methoden der Psychoanalyse aufgeführt werden, nämlich Interpretation, Übertragungsanalyse und sachliche Neutralität. Wenn die Psychoanalyse in dem Ermöglichen einer regressiven Übertragungsneurose besteht und in der Auflösung dieser Übertragungsneurose allein durch die Interpretation, die von dem Psychoanalytiker aus einer Position der sachlichen Neutralität heraus vorgenommen wird, dann könnte die übertragungsfokussierte Psychotherapie TFP bezüglich ihrer technischen Anwendung anhand derselben drei Methoden definiert werden, die zwar, wie wir unten sehen werden, etwas abgeändert angewendet werden und außerdem die Gegenübertragungsanalyse als zusätzliches wichtiges technisches Hilfsmittel enthält.

Der Einsatz von Interpretation fokussiert hauptsächlich auf die frühen Phasen im Deutungsprozess, nämlich auf die Klärung der subjektiven Erfahrung des Patienten (es geht hier um die Klärung dessen, was im Patienten vorgeht und nicht darum, dem Patienten etwas zu erklären) und einer Konfrontation in dem Sinn, dass man die Aufmerksamkeit des Patienten taktvoll darauf lenkt, dass das, was er kommuniziert, eventuell Ungereimtheiten oder Widersprüche enthält – und zwar entweder zwischen dem, was der Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt sagt, aber zu einem anderen Zeitpunkt revidiert, zwischen verbaler und nicht-verbaler Kommunikation, oder zwischen dem, was der Patient kommuniziert und dem, was sich in der Gegenübertragung herauskristallisiert. Nicht-verbale Aspekte des Verhaltens haben einen sehr wichtigen Stellenwert in der psychoanalytischen Psychotherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Die Interpretation an sich, das heißt das Aufstellen von Hypothesen bezüglich der unbewussten Funktionen dessen, was sich bei der Klärung und Konfrontation herauskristallisiert hat, wird über diese beiden Methoden möglich. Die Interpretation als Hypothese bezüglich der unbewussten Bedeutung bezieht sich als erstes einmal auf die unbewusste Bedeutung im „hier und jetzt“, dem „gegenwärtigen Unbewussten“ (Sandler u. Sandler, 1987), im Gegensatz zu den genetischen Interpretationen, welche die unbewusste Bedeutung im „hier und jetzt“ mit angenommenen unbewussten Bedeutungen im „dort und damals“ verbinden, die

erst in fortgeschrittenen Stadien der Behandlung von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen wichtig werden. Die Interpretation wird kurz gesagt systematisch angewendet, allerdings mit der deutlichen Betonung auf ihre vorbereitenden Phasen: Klärung und Konfrontation sowie Interpretation des „gegenwärtigen Unbewussten“.

Die Übertragungsanalyse unterscheidet sich von der gängigen Psychoanalyse insofern als sie, wie vorhin schon erwähnt, immer eng mit der Analyse der Probleme des Patienten in der äußeren Realität verbunden ist, um die Dissoziation der Psychotherapie-Sitzungen vom äußeren Leben des Patienten zu vermeiden. Die Übertragungsanalyse bezieht sich auch auf eine darin enthaltene Sorge für die langfristigen Behandlungsziele, die üblicherweise nicht Gegenstand der gängigen Psychoanalyse sind, außer sie treten in der Übertragung zu Tage. In der TFP spiegelt sich die ständige Sorge um vorherrschende Probleme im Leben des Patienten darin, dass gelegentlich ein Bezug zu größeren Konflikte hergestellt wird, die den Patienten in Behandlung geführt haben oder im Laufe der Behandlung aufgedeckt wurden. Dadurch werden solche Konflikte in die Behandlungssituation eingebracht, auch wenn sie zu diesem Zeitpunkt nicht übertragungsdominant sind. Dieses Einführen von Themen, die außerhalb der Übertragung liegen, folgt der Einschätzung des Therapeuten, ob ein bedeutsamer Spaltungsvorgang im Gange ist, der einen bestimmten wesentlichen Konflikt im äußeren Leben des Patienten von der Untersuchung in der Behandlung abhält. In diesem Fall könnte der Therapeut, der den Überblick über die Gesamtbehandlungssituation und die gesamte Lebenssituation des Patienten hat, entscheiden, ein Thema „willkürlich“ (zumindest im Empfinden des Patienten) anzusprechen und dann die Betonung auf die Entwicklung der Übertragung zu legen, die sich als Konsequenz dessen abspielt, dass solch ein wichtiges Thema angesprochen wird. Die Übertragungsanalyse beginnt mit der ersten Sitzung und diesbezüglich hat die Behandlung große Ähnlichkeit mit der Kleinschen Methode (wegen der vorherrschenden Betonung der Übertragungsanalyse sowie der primitiven Verteidigungsstrategien und Objektbeziehungen), dieses Einbringen der äußeren Realität stellt allerdings einen grundlegenden Unterschied zur Kleinschen Methode und bis zu einem gewissen Grad auch zur ich-psychologischen Psychoanalyse dar.

Wie vielleicht durch das vorab Erwähnte einleuchtend, bildet die technische Neutralität einen idealen Ausgangspunkt innerhalb der Behandlung im großen und ganzen und innerhalb der einzelnen Sitzungen, muss aber manchmal aufgrund der dringenden Notwendigkeit, Grenzen zu setzen, unterbrochen werden, und sogar im Zusammenhang mit dem Ansprechen eines bedeutsamen Problems im Leben des Patienten, das zu diesem Zeitpunkt wie ein nicht-neutrales Eingreifen des Therapeuten erscheinen mag. Solch ein Abweichen von der technischen Neutralität könnte wesentlich sein, um die Grenzen der Behandlungssituation zu schützen und den Patienten vor schwerem suizidalen oder anderem selbstzerstörerischen Verhalten zu bewahren. Dieses Abweichen erfordert eine bestimmte Herangehensweise, um die technische Neutralität, wenn sie einmal aufgegeben wurde, wieder herzustellen. Nach einem Eingreifen, das ganz klar eine vorübergehende Abweichung von der technischen Neutralität darstellt (z. B. durch Maßnahmen, durch die der Patient davon abgehalten wird, Medikamente in der Absicht zu horten,

Suizid zu begehen), erstellen wir eine Analyse der Konsequenzen unseres Eingreifens auf die Übertragung und das bis zu einem Punkt, an dem diese Übertragungsentwicklungen gelöst werden können. Danach folgt die Analyse der Übertragungsauswirkungen der Gründe, die den Therapeuten dazu gezwungen haben, die technische Neutralität vorübergehend aufzugeben. Kurz zusammengefasst ist die technische Neutralität während der Behandlung ständig in Veränderung, aber es wird konstant an ihr gearbeitet und sie wird immer wieder als bedeutendes Verlaufsziel herausgestellt.

Auf die Anwendung der Gegenübertragung als ein wichtiges therapeutisches Hilfsmittel wurde bereits als wichtige Informationsquelle für in der Stunde affektiv vorherrschende Themen verwiesen. Die Intensität der Gegenübertragungen, die bei Patienten mit schwerer Charakterpathologie und darauf folgendem schwer regressivem Verhalten und Ausagieren in der Übertragung hervorgerufen wird, erfordert eine konstante Wachsamkeit für Gegenübertragungsentwicklungen, die der Therapeut in sich selbst tolerieren muss, auch unter Bedingungen merklicher Regression in Gegenübertragungsfantasiën und -impulsen aggressiver, abhängiger oder sexueller Natur. Diese innere Toleranz für die Gegenübertragung lässt die Analyse bezüglich des Wesens der Selbstrepräsentation oder der Objektrepräsentation zu, die zu diesem Zeitpunkt auf den Therapeuten projiziert wird, und ermöglicht dadurch eine vollständige Interpretation der dyadischen Beziehung in der Übertragung, so dass die Gegenübertragung mental vom Therapeuten für die Klärung der Übertragung genutzt wird. Es ist wichtig, dass die Gegenübertragung dem Patienten nicht direkt kommuniziert wird, sondern dass mit Übertragungsinterpretationen gearbeitet wird. Darin folgt die übertragungsfokussierte Psychotherapie genau den analytischen Kriterien, die gängigerweise bei den ich-psychologischen, Kleinschen, unabhängigen Britischen und französischen Herangehensweisen angewendet werden. Manchmal ist teilweises Ausagieren der Gegenübertragung unvermeidbar; und der Therapeut sollte ehrlicherweise die Realität dessen anerkennen, was sein Verhalten dem Patienten zeigt, ohne dass diese Kommunikation durch Schuldgefühle veranlasste „Geständnisse“ überschritten oder die Realität einer Verhaltensreaktion auf seiten des Therapeuten verleugnet werden sollte, die für den Patienten offensichtlich wurde. Dies ist im Wesentlichen nicht anders als das, was die übliche psychoanalytische Technik vom Analytiker erwarten würde, außer dass genau die Intensität und das vorherrschende Wesen der Gegenübertragungsinformation für den Prozess der übertragungsfokussierten Psychotherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen charakteristisch ist.

Dies sind also die wesentlichen Methoden, die in der übertragungsfokussierten Psychotherapie angewandt werden. Sie beinhalten weder eine kognitive und emotionale Unterstützung, Erziehungsmaßnahmen, noch eine umgebungsbezogene Intervention (Manipulation) oder ein fokussiertes Interesse an einer „Abreaktion“. Im Gegenteil, nach unserer Erfahrung schwächt eine Mischung aus unterstützenden und analytischen Methoden sowohl unterstützende Interventionen im Vergleich zu unterstützender Psychotherapie, als auch die Möglichkeiten und Auswirkungen der Übertragungsinterpretation als Wunschziel in der übertragungsfokussierten Psychotherapie. Man muss an dieser Stelle auch erwähnen, dass die Häufigkeit der interpretativen Interventionen,

egal auf welcher Ebene der Regression, im Vergleich zur Übertragungsinterpretation in der Psychoanalyse hoch ist. Wie Green (2000) ausgeführt hat, treibt die Vermeidung traumatogener Assoziationen Borderline-Patienten dazu, von einem Thema zu nächsten zu springen und so ihre zentrale phobische Position auszudrücken. Dies mag für einen Analytiker verwirrend sein, der daran gewöhnt ist, eine schrittweise Entwicklung eines spezifischen Themas in der freien Assoziation zu erwarten, um den Hintergrund einer besprochenen Thematik zu klären. Auf eine derartige schrittweise Vertiefung der freien Assoziation zu warten, ist hier wegen dieses defensiven Springens von einem Thema zum nächsten unsinnig, das auch mit den aufspaltenden Prozessen zusammenhängt, welches die Sprache des Patienten beeinflusst (Bion, 1968).

Die entsprechende Herangehensweise in der übertragungsfokussierten Psychotherapie besteht aus einem Bemühen, die Implikation jedes einzelnen Fragments zu deuten, das in den Stunden zu Tage tritt, mit der Absicht, eine Kontinuität durch genau die Merkmale der interpretativen Interventionen herzustellen, die schrittweise eine eigene Kontinuität entwickeln. Diese Herangehensweise könnte mit der Traumdeutung verglichen werden, bei der die Interpretation von scheinbar isolierten Fragmenten des manifesten Trauminhalts schrittweise zu einem latenten Trauminhalt führt, und die Kontinuität zwischen den offensichtlich unvereinbaren Elementen des manifesten Inhalts herstellt.

2 Aktuelle Beiträge von Paulina Kernberg

Der vorzeitige Tod von Dr. Paulina Kernberg, Professorin für Psychiatrie am Weill Medical College der Cornell Universität, supervidierende und ausbildende Analytikerin am Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research, und früheres Vorstandsmitglied der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Westchester Division des New York Presbyterian Hospital, hat ihre Arbeit auf diesem Gebiet zu einem vorzeitigen Ende gebracht. Paulina war die inspirierende Leiterin unserer Studien über Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Sie lieferte bahnbrechende Beiträge zur Diagnose von Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit sowie zur Diagnose und Behandlung von antisozialem Verhalten. Nach ihrem Tod wurde von ihr ein Buch mit dem Titel „Beyond the Reflection: The Role of the Mirror Paradigm in Clinical Practice“ (2006) veröffentlicht. Die Studie zu Spiegelbeziehungen als diagnostisches Hilfsmittel veranschaulicht ihren Fokus auf die Anwendung der psychoanalytischen Psychotherapie an Kindern und Jugendlichen mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Während der letzten Jahre ihres Lebens, in denen sie schon gegen die Auswirkungen ihrer Krebserkrankung kämpfte, arbeitete sie immer noch aktiv an der Entwicklung einer psychotherapeutischen Behandlung für diese Patienten. Sie schaffte es, in Zusammenarbeit mit einer von uns, Pamela Foelsch, einige allgemeine Grundsätze bezüglich der diagnostischen Bewertung und Modifikation der psychotherapeutischen Herangehensweise bei Jugendlichen zu entwickeln, die an schweren Persönlichkeitsstörungen leiden, und

insbesondere am Syndrom der Identitätsdiffusion, welches das besondere Kennzeichen dieser Zustände darstellt. Einer von uns, Otto Kernberg, war auch nahe in Paulinas Arbeit involviert, sowohl als Ehegatte als auch als persönlicher professioneller Vertrauter. Was im Folgenden beschrieben wird, repräsentiert unsere gemeinsame Bemühung, die Hauptschlussfolgerungen zusammenzufassen, zu denen Paulina in ihrer klinischen Arbeit gekommen war und welche die Basis für unser Fortführen ihrer Bemühungen darstellen, diese Prinzipien und Methoden.

Paulina Kernberg (Kernberg, Weiner, Bardenstein, 2000) war der Meinung, dass Jugendliche, die zu einer BPD Symptomatologie tendieren, ähnliche funktionelle Schädigungen aufweisen wie Erwachsene, die mit BPD diagnostiziert wurden. BPD wird als Quelle für Langzeit-Schädigungen angesehen (Widiger u. Weissman, 1991). Es handelt sich um ein verbreitetes, chronisches, schwächendes Syndrom, das mit einer gesteigerten Inanspruchnahme von medizinischen und psychiatrischen Leistungen assoziiert ist (Lenzenweger et al., 1997; Torgersen, Kriglen, Cramer, 2001; Skodol et al., 2002); mit einer erhöhten Prävalenz von suizidalem und selbst-verletzendem Verhalten (McGlashan, 1986; Stone, 1993; Clarkin et al., 1983); einem negativen Effekt auf die Behandlung von Achse I-Störungen (Clarkin, 1996); und eine reduzierte Ansprechbarkeit auf Pharmakotherapie (Soloff, 2000). Es wurden einige Versuche unternommen, sich dieser spezifischen Aspekte der BPD Pathologie bei Jugendlichen (Kernberg, 1994) sowie der damit zusammenhängenden Symptome (Lewinsohn et al., 1998) anzunehmen. Gegenwärtig gibt es keine Behandlungsmethode für Jugendliche, welche auf die Identitätsdiffusion und die damit zusammenhängende Pathologie zielt.

Wenn diese Symptomatologie schon während der Adoleszenz erkannt und behandelt würde und die Blockaden, die einer normalen Identitätsentwicklung im Weg stehen, dadurch aus dem Weg geräumt werden könnten, könnte das zu einer reduzierten Anfälligkeit für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung im späteren Leben führen. Dies könnte auch dazu beitragen, die Behandlung von Achse I-Störungen zu verbessern, indem die Komplikationen, die mit einer Komorbidität von Achse II- Störungen assoziiert sind, reduziert werden. Als Resultat ist es von entscheidender Notwendigkeit, diejenigen Patienten mit Identitätsdiffusion zu identifizieren und die Entwicklung einer Behandlung voranzutreiben, die auf Identitätsintegration fokussiert ist, um die damit assoziierten Symptome von Depression, Wutanfällen und Angstanfällen zu vermindern, beziehungsweise die Fähigkeit zu erhöhen, sich für Arbeit, einen Beruf, intime Beziehungen zu verpflichten, und zwischenmenschliche Beziehungen zu verbessern.

Jugendliche, die an einer Identitätsdiffusion leiden, haben ein höheres Risiko, in der Schule, in der Familie und in zwischenmenschlichen Beziehungen mit Gleichaltrigen und Erwachsenen Probleme zu entwickeln. Auch wenn sie im Grundschulalter schon vorhanden ist, tendiert die Pathologie dazu, erst in der Adoleszenz offensichtlich zu werden, wenn die äußere soziale Struktur lockerer wird (Kernberg et al., 2000). Um eine normale Identitätskrise von einer Identitätsdiffusion unterscheiden zu können, muss man zurück zu den Kriterien gehen, die vorhin festgestellt worden sind und die normalerweise in der Art beobachtet werden können, wie ein Jugendlicher sich selbst

und andere während der Erstinterviews beschreibt. Die Identitätsdiffusion ist eine pathologische Fixierung, die während der frühen Entwicklungsphasen entsteht und sich durch einen Mangel an Integration des Selbstkonzeptes sowie einen Mangel an Integration des Konzeptes wichtiger Bezugspersonen bemerkbar macht. Außerdem hängt diese Fixierung mit der Vorherrschaft von Spaltungsmechanismen und dadurch entstehenden primitiven Abwehrstrategien zusammen.

Die Adoleszenz mag eine Identitätskrise nach sich ziehen, das heißt eine Zeitspanne, die gekennzeichnet ist von einer fehlenden Übereinstimmung zwischen der Sicht des Jugendlichen durch diejenigen in seiner direkten Umgebung, welche auf der Vergangenheit basiert, und der sich relativ schnell ändernden Selbsterfahrung des Jugendlichen, die zumindest temporär nicht länger mit dem Bild der anderen von dem Jugendlichen übereinstimmt. Es folgt daraus, dass die Identitätskrise von einem Mangel an Bestätigung der sich ändernden Identität des Jugendlichen durch andere herrührt. Diese normale Identitätskrise muss allerdings von der Identitätsdiffusion unterschieden werden, also der Pathologie der Identität, wie sie für Borderline-Patienten charakteristisch ist.

Die Hauptaufgabe der Adoleszenz besteht schließlich darin, eine integrierte „erwachsene“ Identität zu entwickeln, eine Identität, die „Investieren“ in Liebe (auf Gegenseitigkeit beruhende zufrieden stellende Beziehungen) und Arbeit (befriedigende und produktive Aktivität) erlaubt. Im Hinblick auf die Therapieziele ist es bedeutsam, hier einen grundlegenden Unterschied zwischen der Arbeit mit Jugendlichen und der mit Erwachsenen zu machen, die an einer Identitätsdiffusion leiden: bei Jugendlichen kann man noch nicht davon ausgehen, dass sie eine vollkommen integrierte Identität wie die eines Erwachsenen besitzen. Außerdem werden, abhängig vom Alter des Jugendlichen, unterschiedliche Grade an Identitätsintegration erwartet. Deswegen besteht das Ziel der Behandlung nicht in der vollständigen Integration der Identität, sondern vielmehr darin, Blockaden zu entfernen, um eine normale Entwicklung und einen normalen Reifeprozess zu ermöglichen. Wenn man sich unser theoretisches Verständnis und unsere klinischen Beobachtungen der Erwachsenenpathologie ansieht, scheint es sinnvoll zu sein, sich der gegenwärtigen Symptome der Identitätsdiffusion bei Jugendlichen anzunehmen, bevor sich pathologische Charaktermuster verwurzelt und verfestigt haben und bevor langfristige funktionelle Schädigungen entstehen.

Die hauptsächliche Modifikation der übertragungsfokussierten Psychotherapie für die Behandlung von Jugendlichen besteht in der Änderung der Häufigkeit und Länge einiger spezifischer *Techniken* (z. B. mehr Klärung, mehr Arbeit an den Beziehungen außerhalb der Übertragung, bevor man zur Übertragung direkt übergeht); der *Vorgehensweise* (z. B. das Miteinbeziehen der Familie während der diagnostischen Phase und in der Zeit, in welcher die Behandlungsvereinbarung festgelegt wird; die Einbeziehung unterstützender Interventionen im Umfeld, wobei gleichzeitig die analytische Haltung in den Sitzungen aufrechterhalten wird), und der *Strategien* (z. B. das Ziel, Blockaden zu entfernen, die einer Entwicklung der normalen Identitätsintegration im Weg stehen und keine erzwungene Reifung). Wir werden die spezifischen Änderungen anhand der verschiedenen Phasen der Behandlung darstellen.

2.1 Diagnostische Phase

Die anfängliche diagnostische Phase beginnt wie bei Erwachsenen, allerdings mit einem wichtigen Unterschied: Familienmitglieder werden immer einbezogen. Die Familie steuert Informationen bei (z. B. zur Entwicklungsgeschichte) und ermöglicht uns durch ihre Anwesenheit, deren Interaktion mit dem Jugendlichen zu beobachten, einen Einblick in die Familiendynamik zu gewinnen, sowie ihren potenziellen Einfluss auf die Behandlung des Jugendlichen. Die anfängliche Diagnostik beginnt mit einem ersten Treffen, an dem der Jugendliche und, wenn möglich, beide Elternteile teilnehmen. Alle sind im Raum anwesend, während der diagnostische Prozess erklärt wird, die „Kommunikationsregeln“ beschrieben werden und der Grund für die Behandlung geklärt wird. Nach dieser kurzen Einführung, wenn die Kommunikationsrichtlinien geklärt sind und der Rahmen artikuliert worden ist, wird erklärt, dass der Diagnostiker den Jugendlichen über eine oder auch mehrere Sitzungen allein sehen will, aber dass er die Eltern zuvor einlädt, alle Informationen beizusteuern, von denen die Eltern annehmen, dass sie für den Bewertungsprozess wichtig sein könnten. Die Eltern werden auch aufgefordert, alle Fragen zu stellen, die sie auf die Dauer beantwortet haben möchten. Während dieses Prozesses kann man wertvolle Informationen über die Interaktion und Dynamik in der Familie gewinnen, denn im Fall von schweren Persönlichkeitsstörungen wird der erste Kontakt Angst auslösen, die oft zu regressiven Verhaltensweisen und Interaktionen beim Jugendlichen und auch der Familie führt.

Nach der ersten Einführung in die diagnostische Phase und nachdem die Eltern dazu aufgefordert wurden, den Raum zu verlassen, nimmt der Jugendliche am Personality Assessment Interview teil (PAI: Selzer et al., 1987; Kernberg et al., 2000). Dieses Interview basiert auf der gleichen Annahme wie das Strukturelle Klinische Interview zur Einschätzung der Persönlichkeitsorganisation bei Erwachsenen, das von Otto Kernberg (1977) entwickelt worden ist, nämlich „dass die Art, wie der Patient das Interview erlebt, seine Fantasien anzapft und die Art und Weise seiner Interaktion mit dem Untersucher beeinflusst“ (Kernberg et al., 2000, S. 43). Mit dem Interview wird die Fähigkeit des Individuums erschlossen, zu organisieren und mit etwas zurecht zu kommen, und damit das Funktionieren seiner Persönlichkeit hervorgehoben. Das Interview untersucht das Funktionieren der Persönlichkeit in den Bereichen der Selbst- und Objektrepräsentationen, der Kognition, der Affekte, seiner Reflektionsfähigkeit (oder der Beobachtung des Ichs) und der Empathie, die er dem Interviewer entgegenbringt. Die Antworten des Jugendlichen während des Gesprächs erlauben es, ihn auf einer Skala einzustufen, die zwischen neurotischer und Borderline – sowie zwischen psychotischer Ebene der Persönlichkeitsorganisation unterscheidet. Die Identitätsdiffusion stellt das Hauptmerkmal der Borderline-Ebene der Persönlichkeitsorganisation dar und deswegen sind Individuen, die sich in diesen Parametern befinden, der Fokus für diese Art von Behandlung.

Das Erstinterview richtet sich nach den anfänglichen Fragen, die auch beim strukturellen Interview mit Erwachsenen gestellt werden, wobei der Jugendliche, nachdem man ihn einmal allein getroffen hat, gefragt wird, was ihn veranlasst hat, zu diesem

Gespräch zu kommen, was er als Ursache für seine Schwierigkeiten ansieht, was er von der Behandlung erwartet und wo er denkt, sich derzeit zu befinden. Dann aber, abweichend vom strukturellen Interview für Erwachsene, werden die Antworten des Jugendlichen benutzt, um zu erforschen, was er über seine Antworten denkt. Damit wird Selbstreflektion über seine Antworten als Teil der Diagnostik seiner Persönlichkeit gefördert. Dies ist ein Verfahren mit „Informationsschleifen“, die bereits in der diagnostischen Phase der Untersuchung das Vermögen des Patienten zur Selbstreflektion analysieren sowie die damit verbundenen Selbst- und Objektrepräsentationen.

Ein wichtiger Aspekt hat mit der Frage der Schweigepflicht zu tun. Während des Interviews mit dem Jugendlichen könnten sich Fragen herauskristallisieren, die es notwendig erscheinen lassen, die Eltern um weitere Informationen zu bitten. Während des Gesprächs bespricht der Therapeut mit dem Jugendlichen, was den Eltern weitergegeben werden sollte und wird. Der Therapeut sichert bezüglich vieler konkreter Sachverhalte zu, diese vertraulich zu behandeln, allerdings wird er auch behutsam die Bedeutsamkeit betonen, manches mit den Eltern zu besprechen. Dies geschieht dann in gemeinsamen Gesprächen, die auf das Erstgespräch folgen können und/oder in getrennten Gesprächen mit den Eltern, je nach Vereinbarung, die zwischen dem Therapeuten und Jugendlichen bezüglich der Frage getroffen worden ist, was mit den Eltern besprochen werden sollte und was nicht.

Kommunikationsschwierigkeiten und „Geheimnisse“ sind auf die eine oder andere Weise oft die Wurzel der Schwierigkeiten des Jugendlichen, aber vor allem im Zusammenhang mit Beziehungen innerhalb der Familie. „Familiengeheimnisse“ kann es entweder zwischen Eltern oder zwischen den Eltern und dem Jugendlichen geben. Sie sind normalerweise ein Indiz für Unstimmigkeiten zwischen den Eltern, für ein grundlegendes Misstrauen des Jugendlichen, oder dafür, dass der Jugendliche Informationen vor seinen Eltern zurückhält. Das Ziel ist es, den Sinn und Zweck des „Geheimnisses“ herauszukristallisieren, den dieses für den Betroffenen oder für die Familie hat.

Die gleichen „Kommunikationsregeln“ werden während der Behandlung befolgt, bei der die Schweigepflicht eingehalten wird, außer wenn die Kommunikation mit den Eltern wegen wichtiger therapeutischer Gründe dringend angebracht zu sein scheint. Dies ist zum Beispiel der Fall bei gefährlichem selbst-zerstörerischem Verhalten, das Kontrolle und Grenzsetzung erfordert. Gleichzeitig aber sollte die beständige Teilnahme des Jugendlichen an gemeinsamen Gesprächen mit den Eltern während der Behandlungsphase selbst dafür Sorge tragen, dass er schrittweise lernt, dem Therapeuten zu vertrauen, dass der Therapeut sich an die Vereinbarungen und Grundsätze der Schweigepflicht, die anfangs aufgestellt worden sind, hält.

Im Gegensatz zur übertragungsfokussierten Psychotherapie bei Erwachsenen, fasst man sich hier sehr lange und intensiv damit, zusätzliche Informationsquellen aufzutun. So werden andere Familienmitglieder zum Kommen aufgefordert; Geschwister, die erweiterte Familie (z. B. die Großeltern) und andere, die im Zuhause des Jugendlichen leben oder die sehr viel Zeit mit dem Jugendlichen verbringen (z. B. die Kinderfrau). In manchen Fällen mag es zudem ratsam sein, mit der Schule Kontakt

aufzunehmen, auch mit Lehrern, der Schulkrankenschwester oder dem Schulberater. Diese Gespräche werden meist am Telefon durchgeführt, wobei es um spezifische Angelegenheiten geht, die von der Familie oder dem Jugendlichen angesprochen worden sind, und die ausdrücklich dazu geführt werden, relevante Informationen zu sammeln. Wenn der Patient früher schon behandelt wurde, werden seine früheren Therapeuten kontaktiert und die Behandlungsunterlagen angefordert. Wenn alle Einzelsitzungen und alle gemeinsamen Sitzungen durchgeführt worden sind, sowie alle Informationen gesammelt worden sind, wird eine letzte Sitzung für den Jugendlichen und seine Eltern anberaumt, um sie über die diagnostische Formulierung und die Empfehlungen für die Behandlung zu informieren.

Ein weiterer Schlüsselaspekt bei der Differentialdiagnose von Jugendlichen ist, herauszufinden, worin die primäre Pathologie besteht. Jugendliche leben innerhalb eines Familiensystems. Die Probleme, die an ihnen zu beobachten sind, könnten ein Ausdruck für die Pathologie der Familie sein (z. B. der individuellen Pathologie eines Elternteils oder der Eltern und/oder der Geschwister; oder das Muster familiärer Kommunikation). Es könnte auch sein, dass eine Familie wegen des Einflusses der Pathologie des betroffenen Jugendlichen gestört zu sein scheint (d. h. die Pathologie des Betroffenen kontaminiert die Familie). Die Übertragung der Eltern auf den Therapeuten ist ebenfalls ein Indiz dafür, welche Schwierigkeiten innerhalb der Familie bestehen.

Eltern bringen Jugendliche aus verschiedensten Gründen in die Behandlung. Es ist wichtig, ihre Motive abzuwägen, weil diese direkten Einfluss darauf haben, wie sehr sie die Behandlung unterstützen werden. Manche werden von der Schule oder von Regierungsbehörden dazu angehalten, andere suchen eine Entlastung vom problematischen Verhalten des Jugendlichen und wieder andere sind aufrichtig um das Wohl des Jugendlichen besorgt (Gelegentlich fragen die Jugendlichen auch selbst nach Hilfe). Es handelt sich meist um eine Mischung verschiedener Motivationsebenen; aber wie sich die Eltern dem Therapeuten präsentieren, ist entscheidend dafür zu errahnen, welche Arten von Schwierigkeiten später zu Tage treten könnten. Die Familie ist oft der primäre Träger für Spaltung und Ausagieren, welches eine Gefährdung für die Weiterführung der Behandlung darstellt.

Die Übertragung der Eltern auf den Therapeuten kann verschiedene Formen annehmen. Einige sehen den Therapeuten als „Retter“, der für sie und ihr Kind „alles in Ordnung bringen wird“. Manche sehen den Therapeuten und seine Behandlung allerdings als „Mülldeponie“ und schicken den Jugendlichen zur Behandlung mit der Erwartung, dass der Therapeut „alles in Ordnung bringen wird“ und drücken sich gleichzeitig vor ihrer eigenen Verantwortung, zur Verbesserung der Situation beizutragen. Wieder andere Eltern sehen den Therapeuten als „Dieb“ an, der die Zuneigung des Jugendlichen zu ihnen „stiehlt“. In dieser Situation nehmen die Eltern den Therapeuten als eine Bedrohung für ihre Beziehung zu ihrem Kind wahr. Es ist von Bedeutung, während der diagnostischen Phase die vorherrschenden Übertragungsprädispositionen zu beobachten und sich dessen bewusst zu sein, dass sich die vorherrschende Übertragung über den Verlauf der Behandlung ändern kann, je nachdem wie sich die Behandlung entwickelt.

Der Einfluss dieser Prädispositionen sollte identifiziert und dazu genutzt werden, Ausagieren vorauszusehen, dem man Einhalt gebieten kann, indem man die Eltern in die Phase der Ausarbeitung des Behandlungsvertrages mit einbezieht.

Außer der Diagnostik der Familiendynamik, die einen direkten Einfluss auf die Behandlung des Jugendlichen hat, gibt es noch andere pragmatische Gründe, die Familie einzubeziehen. Zum Beispiel leben die Jugendlichen normalerweise Zuhause und sind erwartungsgemäß nicht genauso selbständig und unabhängig wie Erwachsene. Dieser Mangel an Selbständigkeit hat einen Einfluss auf die persönliche Verantwortlichkeit, die der Therapeut von dem Jugendlichen erwarten kann. Bei Erwachsenen wird vorausgesetzt, dass sie die alleinige Verantwortung dafür tragen, dass der Jugendliche pünktlich zu den Sitzungen erscheint. Zudem sind die Jugendlichen oft insofern von den Eltern/Aufsichtspersonen abhängig, als sie jemanden brauchen, der sie zu den Sitzungen fährt. Dies hat einen direkten Einfluss auf das, was im Behandlungsvertrag festgelegt werden muss (z. B. das Miteinbeziehen der Eltern) und auf die Behandlung selbst (z. B. was als und wie „verspätetes Erscheinen“ zu den Sitzungen zu interpretieren ist).

Ein anderer wichtiger Aspekt der Familie, der nicht außer Acht gelassen werden sollte, ist festzustellen, wo sich das Machtzentrum der Familie befindet. Normale Familien tendieren dazu, dieses Machtzentrum auf das elterliche „Team“ zu vereinen, das kooperativ und respektvoll zusammen arbeitet. Die Eltern beziehen die Kinder auf angemessene Art und Weise ein, stellen Familienregeln auf und unterstützen die disziplinarischen Maßnahmen des anderen Elternteils. Die Kinder werden mit einer bestimmten vorhersehbaren Familienstruktur vertraut und erwarten diese auch. Wenn es zu einem Konflikt zwischen den Eltern kommt, kann es sein, dass diese Vorhersehbarkeit, gegenseitige Höflichkeit und die gegenseitige Unterstützung nicht vorhanden sind. Dies kann zu veränderten „Bündnisstrukturen“ führen, die dadurch zum Ausdruck kommen, dass die Kinder eventuell eine größere Macht innerhalb der Familie ausüben. Das Kind kann durch diese unilateralen Bündnisse einen oder beide Elternteile ausschließen. In manchen Fällen verbündet sich der Jugendliche mit anderen Geschwistern gegen beide Eltern. Diese verfehlte Allianz trägt sich hauptsächlich dann zu, wenn die Eltern wegen ihres eigenen Konfliktes miteinander nicht in der Lage sind, ihren Elternaufgaben gemeinsam und effektiv nachzugehen. Es ist wichtig, die Schlüsselbündnisse innerhalb der Familie zu identifizieren, einerseits, um die Rolle des Jugendlichen innerhalb der Familie zu verstehen, und andererseits auch, um voraussehen zu können, wann es zu Konflikten kommen könnte, wenn diese Bündnisse während der Behandlung in Frage gestellt werden.

Um das Resultat der Behandlung zu verbessern und zu verhindern, dass die Behandlung vorzeitig abgebrochen wird, ist es von Bedeutung, die Unterstützung der Eltern für die Behandlung zu erhalten und so auch die Wahrscheinlichkeit von Spaltung und dem damit verbundenen Ausagieren zu reduzieren. Ein Beispiel für Spaltung im Behandlungskontext kommt vor, wenn der Jugendliche denkt, dass sich der Therapeut und die Eltern gegen ihn zusammengeschlossen haben und ihn in der Behandlung kontrollieren. Es kann allerdings auch sein, dass die Eltern und der Jugendliche sich gegen den Therapeuten und die Behandlung verbünden. Weniger offensichtlich, aber dafür umso

schwieriger ist es, wenn ein oder beide Elternteile denken, der Therapeut und der Jugendliche hätten sich gegen sie oder die Familienregeln verbündet. Es kommt nicht selten vor, dass der Jugendliche in seiner Rolle als identifizierter Patient innerhalb der Familie eine Funktion erfüllt (z. B. durch die Förderung eines bestimmten Bündnisses oder eines Machtzentrums). Wenn der Jugendliche anfängt, sich zu verändern oder die Atmosphäre innerhalb der Familie in Frage zu stellen, kann das den Status Quo bedrohen und zu einem Ungleichgewicht führen. In solch einer Situation ist es nicht ungewöhnlich, dass ein oder beide Elternteile die Behandlung des Jugendlichen abrupt unterbrechen. Wie andere potenzielle Aufspaltung, kann auch diese normalerweise durch die Beobachtungen, die während der Diagnostik der Familie gemacht wurden, vorausgesehen werden. Dieser Umstand unterstreicht die Bedeutung, eine genaue Diagnose zum Ort der primären Pathologie in der Familie zu vorzunehmen.

Die Eingangsdiagnostik wird durch ein oder mehrere gemeinsame(s) Gespräch(e) abgeschlossen, innerhalb derer dem Patienten und der Familie die diagnostischen Befunde und die Behandlungsempfehlungen, auch damit verbundene Familien- oder Paartherapien, mitgeteilt werden. Die Diagnose einer schweren Persönlichkeitsstörung mit offensichtlichen Anzeichen für das Syndrom der Identitätsdiffusion – im Gegensatz zu einer Identitätskrise des Jugendlichen – rechtfertigt normalerweise die Indikation einer übertragungsfokussierten Psychotherapie, und die Notwendigkeit, Art und die Bedingungen für diese Behandlungsform wird mit der Familie in Gegenwart des Jugendlichen besprochen. Hier könnten die frühen Übertragungsdispositionen der Eltern bezüglich der Therapie und gegenüber dem Therapeuten offensichtlicher werden; ferner sollte die Handhabung potenzieller Risiken für die Behandlungsvereinbarung offen angesprochen werden. Die Verantwortlichkeiten der Eltern, des Jugendlichen sowie des Therapeuten sollten genau festgesetzt werden. Außerdem sollte die absolut essentielle Notwendigkeit einer regelmäßigen Kontinuität im Sinne der Verfügbarkeit des Jugendlichen und seinem Erscheinen zu den Behandlungssitzungen betont werden. Zu diesem Zeitpunkt sollten auch Regeln festgelegt werden für die Handhabung potenziell gefährlicher Situationen, von Alkohol- oder Drogenmissbrauch, von Suizidimpulsen, -drohungen und -verhalten, sowie der Umgang mit antisozialen Verhalten und die Kontrolle gefährlicher Interaktionen im sozialen Milieu des Jugendlichen. Es sollte klar sein, dass der Therapeut bezüglich der Inhalte der Sitzungen seine Schweigepflicht wahrt, außer wenn der Therapeut es für wichtig erachtet, durch das Brechen der Schweigepflicht das Leben und die Sicherheit des Patienten oder das anderer zu schützen (wenn das der in Frage kommende Fall ist). Die Eliminierung des sekundären Gewinns könnte sich auf das unbewusste Ausnutzen von Symptomen erstrecken, zum Beispiel wenn der Jugendliche sich aus Angst weigert, zur Schule zu gehen, dann aber außerhalb der Schule scheinbar unbeschwert allen möglichen sozialen und Freizeitaktivitäten nachgeht. Es könnte nötig sein, eine feine Balance zu halten – einerseits bezüglich der „Hausregeln“, die der Jugendliche akzeptieren sollte und andererseits bezüglich der Aspekte dieser „Hausregeln“, welche die normale psychologische Entwicklung des Jugendlichen zu gefährden oder ihr entgegenzustehen scheinen oder Behandlungsanforderungen gefährden.

2.2 Die Vertragsphase, die der Behandlung vorausgeht

Das Hauptziel dieser Phase besteht darin, sowohl den Jugendlichen, als auch die Familie aufzuklären, um das Potenzial der Familie zu optimieren, zur Unterstützung der Behandlung des Jugendlichen beitragen zu können. Um das tun zu können, sollte die Haltung des Therapeuten gegenüber der Familie – sofern es keine unerhörten Verletzungen wie zum Beispiel sexuelle oder körperliche Misshandlungen gab – in der grundsätzlichen Annahme bestehen, dass die Familie ihr Bestes gegeben hat, auch wenn sie dazu nicht unbedingt die nützlichsten Methoden angewendet hat.

Es gibt einige prototypische Reaktionen von Eltern, die für die Behandlung des Jugendlichen störend sind, und es ist hilfreich für den Therapeuten, diese Reaktionen zu erkennen. Einige dieser Reaktionen können verbindlich geregelt werden (wie z. B. wenn die Eltern den Jugendlichen dauernd zu spät zu den Sitzungen bringen). In anderen Fällen sollte der Therapeut sich dieser bewusst sein und sie einplanen, aber dies nicht unbedingt direkt mit den Eltern erörtern. Zum Beispiel kommt es öfter vor, dass ein Elternteil das Kind darum beneidet, therapeutische Hilfe zu erhalten und den Therapeuten dazu heranzieht, seine Bedürfnisse zu erfüllen. Dies wird in der Aufklärungsphase in dem „Vertrag vor Behandlungsbeginn“ thematisiert, in der Annahme, dass ein Elternteil den Drang hat, den Therapeuten oft zu kontaktieren, um sich über sein Kind zu erkundigen und um die Hilfe des Therapeuten bei der „Lösung verschiedener Probleme“ in Anspruch zu nehmen. Hier werden Grenzen gesetzt.

Wenn es andererseits ein intensives Bündnis zwischen einem Elternteil und dem Jugendlichen gibt, kann es passieren, dass der Elternteil die Behandlung abrupt abbrechen will, wenn dieses Bündnis gefährdet wird. Der Therapeut könnte dies voraussehen; wenn der Jugendliche sich von dem Elternteil löst und abgrenzt, könnte der Elternteil meinen, dass der Therapeut den Platz in der Zuneigung des Jugendlichen einnimmt, der bis dahin dem Elternteil vorenthalten war. Diesen Umstand vorauszu- sehen (d. h. den abrupten Abbruch der Behandlung), ohne ihn notwendigerweise zu deuten, könnte sein Geschehen verhindern oder aufhalten, indem über die Möglichkeit, dass es passieren könnte, vorab gesprochen wird.

In dieser Phase müssen die Familie und der Jugendliche verstehen und diese Möglichkeit akzeptieren, dass sich durch die Behandlung des Jugendlichen die Art und Weise, wie die Familie miteinander umgeht, deutlich verändert. Es könnte für die Familie notwendig sein, sich regelmäßig mit dem Therapeuten zu treffen, um diese Dinge zu besprechen. Auch wenn es sich hierbei nicht um eine Familientherapie handelt, ist eine regelmäßige Kommunikation mit den Eltern wesentlich, um die individuelle Arbeit mit dem Jugendlichen zu unterstützen. Je nach Grad der Pathologie der Interaktionen und dem negativen Einfluss auf den Jugendlichen, könnte zusätzlich eine Familien-, Paar- und/oder Einzeltherapie für die Eltern zur Klärung eigener Probleme angebracht sein, die einen direkten Einfluss auf das Familiengeschehen und/oder den Jugendlichen selbst hat.

Es fällt Eltern mitunter schwer, sich an die Maßgaben zu halten, die für die Kommunikation von Informationen vorgeschrieben werden. Eltern möchten oft gern dem

Therapeuten Informationen weitergeben, erwarten dann aber, dass diese dem Jugendlichen nicht weitergegeben wird. Andere fragen wiederholt danach, vom Therapeuten Informationen über den Jugendlichen zu erhalten. Das passiert am Häufigsten, wenn sie über den Fortschritt des Jugendlichen in der Behandlung besorgt sind. Es ist das Ziel, die Eltern zu ermutigen, direkt mit dem Jugendlichen zu sprechen, um Informationen zu bekommen und dadurch gleichzeitig daran zu arbeiten, die Kommunikation mit dem Jugendlichen zu verbessern.

Jugendliche teilen dem Therapeuten üblicherweise potenziell explosive Informationen mit – und tun dies mit dem ausdrücklichen Wunsch, dass der Therapeut diese nicht an die Eltern weitergibt, weil sie vor der Auswirkung derselben Angst haben, die oft darin besteht, sie in ihrer Freiheit einzuschränken (z. B. wenn sie deswegen früher nach Hause kommen müssten oder deswegen einen bestimmten Freund nicht mehr treffen dürften). Beispiele dieser explosiven Informationen sind unter anderem, wenn sich die Jugendlichen selbst verletzen, bei Drogen- und Alkoholmissbrauch, bei wahllosen oder gefährlichen sexuellen Aktivitäten, bei Verhalten, durch das sich die Jugendlichen in gefährliche Situationen bringen oder mit gefährlichen Leuten zu tun haben. Solche potenziellen Zusammenhänge werden in der Phase, in welcher der Behandlungsvertrag besprochen wird, diskutiert, sodass die Eltern und die Jugendlichen verstehen, welche, wann und wie Informationen weitergegeben werden.

Während der Behandlung verlässt sich der Therapeut auf sein Urteilsvermögen bezüglich dessen, welche „Geheimnisse“ des Jugendlichen er mit den Eltern teilt und wenn ja, wann er sie mit ihnen teilt. Wenn der Jugendliche in einer akuten Gefahr ist, oder sich akut selbstzerstörerisch verhält, dann wird dies normalerweise den Eltern mitgeteilt oder es werden andere zweckmäßige Mittel eingesetzt und die nötigen Sicherheitsmaßnahmen ergriffen. Der Therapeut arbeitet daran, den Jugendlichen zu bewegen, dieses Risiko den Eltern selbst mitzuteilen. Wenn sie das nicht möchten oder können, könnte eine Familiensitzung anberaumt werden, in welcher der Therapeut diese Information in der Gegenwart des Jugendlichen an die Eltern weitergibt. Auf diese Weise können Reaktionen beobachtet und wenn nötig eingegriffen werden. Wenn die Gefahr nicht unmittelbar ist oder es sich im Verständnis des Jugendlichen zeigt, dass er dieses destruktive Verhalten nicht mehr aufweisen wird, dann wird dies in den Sitzungen mit dem Jugendlichen weiter vertieft. Es ist hilfreich, die Gründe für die Angst des Jugendlichen, Informationen mit seinen Eltern zu teilen, herauszufinden, weil dies Aspekte der verinnerlichten Objektbeziehungsdyaden aufdeckt. Die Details dieser Enthüllung können genutzt werden, um eine Arbeitshypothese bezüglich der zugrunde liegenden Dynamik aufzustellen und können später in der Deutungsarbeit genutzt werden. Wenn der Jugendliche allerdings wiederholt das gleiche Verhalten aufweist, wird das als akute Situation eingestuft, woraufhin angemessene Maßnahmen ergriffen werden, um die selbstzerstörerischen Impulse in den Griff zu bekommen.

Der Therapeut muss Vorsicht walten lassen, wenn er Informationen vor den Eltern zurückhält, weil das womöglich als Kollusion mit dem Jugendlichen verstanden wird, welche die technische Neutralität unterminiert und dadurch die Effektivität der Be-

handlung untergräbt. Neben dem Offenlegen selbstzerstörerischen Verhaltens kann die Vertraulichkeit auch in Verbindung mit Aspekten des sekundären Krankheitsgewinns beim Jugendlichen eingeschränkt werden.

Die Ausarbeitung eines Behandlungsvertrags mit Jugendlichen folgt den gleichen Grundlagen wie die übertragungsfokussierte Psychotherapie für Erwachsene, wo es Verantwortlichkeiten für den Patienten und den Therapeuten gibt und bestimmte „Gefährdungen für die Fortsetzung der Behandlung“, die in den spezifischen Problemen der aktuellen Symptomatologie und der Historie des Patienten begründet sind. Die meisten spezifischen Aspekte dieses Vertrages bleiben vertraulich zwischen Therapeut und Jugendlichen.

Es gibt allerdings einige Familienthemen, die einen Einfluss auf die Fähigkeit des Jugendlichen haben, die persönliche Verantwortung für die Erfüllung des Behandlungsvertrages zu übernehmen. Diese weiteren „Familienthemen“ werden während der anfänglichen diagnostischen Phase festgestellt und müssen speziell mit dem Jugendlichen und der Familie ausgehandelt werden. Der wichtigste Punkt besteht darin, dass die Familie die Verpflichtung des Jugendlichen zur Behandlung unterstützt und es dem Jugendlichen ermöglicht, sich an seinen Vertrag zu halten, vor allem, was die pünktliche Teilnahme an den anberaumten Sitzungen angeht. Zu diesem Zeitpunkt werden die vorher identifizierten Problemkreise die Eltern betreffend angesprochen, welche die Behandlung des Patienten gefährden könnten.

Manchmal allerdings enthüllt die Diagnostik aber auch, dass der Jugendliche sich in einer Art und Weise verhält, womit er die Eltern kontrolliert (z. B. durch eine direkte oder indirekte Drohung, sich durch einen Schnitt zu verletzen, wenn er seinen Willen nicht durchsetzen kann). Der Vertrag kann diese Situation klären und den sekundären Gewinn des Symptoms verhindern, indem er die Macht [des Jugendlichen] über die Eltern vermindert. In den schwersten Fällen, wo selbstmörderisches Verhalten zum täglichen Leben gehört und in der Charakterpathologie begründet und nicht auf eine schwere depressive Phase zurückzuführen ist, werden die Risiken artikuliert, dass der Jugendliche es tatsächlich schaffen könnte, sich umzubringen. Die Akzeptanz dieses Risikos durch die Eltern vermindert die Macht des Jugendlichen, die er damit ausüben kann, wenn er mit Suizid droht.

Es ist oft nötig, im Behandlungsvertrag eine unterstützende Herangehensweise festzulegen, die dem Umfeld des Patienten ein direktes Eingreifen ermöglicht, um dem selbstzerstörerischen Drang sowie anderen Verhaltensweisen, welche die Behandlung gefährden, Einhalt zu gebieten. Diese direkten Interventionen durch das Umfeld können sich auf viele Arten manifestieren, zum Beispiel durch das Aufstellen von „Hausregeln“, die während der Phase, in welcher der Behandlungsvertrag ausgehandelt wurde, mit den Eltern und dem Jugendlichen ausgearbeitet wurden, um destruktivem Verhalten Einhalt zu gebieten, und um angepasste Normen zu unterstützen (z. B. wann der Jugendliche abends nach Haus zu kommen hat oder den Kontakt mit bestimmten Freunden einzuschränken). Der Grund für diese Festlegung wird erklärt, und die Reaktionen des Jugendlichen auf diese sowie seine Schwierigkeiten mit diesen Interventionen werden

besprochen. Verhandlungen sind bis zu einem gewissen Grad möglich, aber für die Fortsetzung der Behandlung ist es notwendig, dass der Jugendliche letztlich den Regeln zustimmt und das gemeinsame Ziel akzeptiert, nämlich sein verbessertes „Funktionieren“.

Es gibt noch andere direkte umgebungsbezogene Interventionen, die in den Behandlungsvertrag aufgenommen werden könnten. Eine Vereinbarung mit dem Kinderarzt bezüglich der Einschätzung der Schwere des selbstzerstörerischen Verhaltens könnte vonnöten sein. Es könnte für Therapeuten auch notwendig sein, mit den Lehrern in der Schule zu sprechen, um ein Überwachungs- und Kommunikationssystem einzuführen, einerseits zwischen Schule und Therapeuten und andererseits zwischen Schule und Familie. In manchen Fällen wird der Therapeut Empfehlungen aussprechen, dass sich der Jugendliche auf eine vermutete Lernbehinderung testen lässt, dass er mit Tutoren zusammenarbeiten, an einer Gruppe zur Verbesserung seiner sozialen Fähigkeiten und/oder bei Treffen der Anonymen Alkoholiker teilnehmen sollte. Dies entspricht der Vorgehensweise der TFP mit Erwachsenen; allerdings ist die Kommunikation zwischen dem Therapeuten und den unterstützenden Hilfseinrichtungen bei der Behandlung von Jugendlichen normalerweise häufiger und intensiver. Zusätzlich zu den Interventionen, die dazu dienen, die negativen Aspekte der Familiendynamik zu vermindern und den drohenden Abbruch der Behandlung durch selbstzerstörerische Verhalten des Jugendlichen zu verhindern, ist es wichtig, die Stärken der Familie zu unterstützen. Aufbauend auf den positiven Aspekten der Familiennormen können die „Hausregeln“ diskutiert und gemeinsam modifiziert werden, um das Funktionieren der Familie zu verbessern und die Arbeit des Jugendlichen innerhalb der Behandlung im Hinblick auf die Verbesserung seines „Funktionierens“ zu unterstützen. Diese Diskussion dient dazu, die „Hausregeln“ unmissverständlich zu machen und sie zu einer gemeinsamen Basis für die Familie, den Jugendlichen und den Therapeuten zu machen. Manchmal ist es wegen der Schwere des Fehlverhaltens und der Pathologie nötig, diese Hausregeln zu einem formellen Teil der Behandlungsvereinbarung machen, um den Behandlungsrahmen in seiner Gänze zu wahren.

Ein weiterer Punkt besteht darin, den sozialen Kontext zu verstehen, innerhalb dessen sich der Jugendliche in Behandlung begibt. Die Adoleszenz ist eine Zeit, während der sich die Jugendlichen immer mehr auf Gleichaltrige verlassen und gleichzeitig immer weniger Umgang mit Erwachsenen haben. Diese Zeit besteht aus einer individuellen und kulturellen Erwartung, „sich gegen Autorität zur Wehr zu setzen“. Diese Autorität wird für die Jugendlichen hauptsächlich von den Erwachsenen verkörpert, und tatsächlich sind sie ja diejenigen, die Macht und Einfluss auf die Jugendlichen ausüben. Es liegt natürlich auf der Hand, dass in diesem Fall der Therapeut ein Erwachsener ist und nicht ein mit dem Jugendlichen Ebenbürtiger, wie das der Fall ist, wenn der Therapeut mit einem Erwachsenen eine Therapie durchführt. Die Folge ist, dass es einige allgemeine Standpunkte des Therapeuten gibt, welche die Arbeit mit Jugendlichen erleichtern (oder erschweren) können. Um diese intrinsische Furcht des Jugendlichen vor dominierenden Erwachsenen zu reduzieren, wäre es das Beste für die Therapeuten, wenn sie ein offenes und aufrichtiges Interesse daran zeigen könn-

ten, den Jugendlichen gut kennen zu lernen und zu verstehen – und zwar ohne Kritik, Rigidität und Kontrolle.

In der Bemühung, eine Beziehung aufzubauen, kann es allerdings vorkommen, dass die Therapeuten sich einen Stil zulegen, der allzu ungezwungen ist. Jugendliche misstrauen Erwachsenen, die sich wie Teenager benehmen. Wenn dies passiert, wird der Jugendliche dies als unaufrichtig und als potenzielle Verführung empfinden. Im Allgemeinen wird dies als eine Abweichung von der technischen Neutralität gesehen und die Fähigkeit des Jugendlichen einschränken, dem Therapeuten frei zu begegnen. Effektive Therapeuten sind sich des sozialen Kontextes und des zugrunde liegenden Machtgefälles bewusst. Sie erkennen ihre Position als Experten an, deren Rolle es ist, dem Jugendlichen zu helfen, betonen aber die kollaborative Art der Beziehung, indem sie dem Jugendlichen in seinem immanenten Kampf ein aufrichtiges Interesse und Respekt entgegenbringen, zu rebellieren und gleichzeitig in Beziehung zu einem „hilfreichen“ Erwachsenen zu bleiben.

Wie man eine kollaborative Beziehung aufbauen kann, kommt in der Weise zum Ausdruck, in welcher der Therapeut ein Interesse an der Sprache zeigt, derer sich der Jugendliche bedient. Das Interesse an der Ausdrucksweise und ihrer Bedeutung demonstriert ein Bewusstsein von und eine Würdigung für den individuellen kulturellen und sozialen Kontext, den der Jugendliche mit in die Behandlung einbringt. Jugendliche haben normalerweise eine Art und Weise, sich auszudrücken, die für ihre Subkultur einzigartig ist. Oft sind den Therapeuten diese Ausdrücke nicht vertraut und geläufig. Selbst wenn ein Therapeut denkt, er wüsste, auf was sich der Jugendliche bezieht, sollte er gemäß analytischer Praktiken den Gebrauch und die Bedeutung dieser Ausdrücke klären und feststellen, welche Aspekte davon nur dem Jugendlichen zu eigen sind. Auf diese Weise kann der Therapeut seinen Wunsch zeigen, mehr über die individuelle Erfahrung des Jugendlichen zu lernen und zu verstehen und dadurch die Beziehung des Therapeuten zu dem Jugendlichen zu stärken.

Allerdings muss der Therapeut ganz klare Grenzen wahren; er muss die Terminologie des Jugendlichen nur verwenden, wenn sie klar definiert ist und um die Bedeutung zu erläutern, ohne sich dabei einschmeicheln zu wollen oder allzu vertraulich zu sein. Paulina Kernberg (persönlicher Mitteilung) betonte im Allgemeinen die Notwendigkeit, „eine Abstimmung mit dem Ausdrucksstil des Jugendlichen durch die Anerkennung dessen vorzunehmen, was man nicht versteht, dessen Bedeutung aber durch Fragen klären kann“. Die technischen Aspekte, wie dies in der Behandlung genutzt werden kann, werden unten beschrieben.

2.3 Die Behandlungsphase

Im ersten Teil dieses Artikels haben wir die allgemeinen Strategien, Vorgehensweisen und Methoden der übertragungsfokussierten Psychotherapie umrissen. An dieser Stelle werden wir uns nun darauf beschränken, die Modifikationen des Verfahrens zu beschreiben, die im Verlaufe von Dr. Paulina Kernbergs Behandlung von Jugendlichen

mit schweren Persönlichkeitsstörungen herausgearbeitet wurden. Die technischen Interventionen während der Behandlung werden wie bei Erwachsenen gehandhabt, wobei es einen Unterschied in der Schwerpunktsetzung sowie der Frequenz gibt. Zunächst werden Deutungen mit einer vorwiegenden *Betonung auf ihre Vorbereitungsphasen* von Klärung und Konfrontation durchgeführt. Ferner wird die Interpretation unbewusster Bedeutungen im hier und jetzt normalerweise durch die Bearbeitung dieser Konflikte in Bereichen angesiedelt, die außerhalb der Übertragung liegen, *bevor* man sich auf die unbewussten Elemente in der direkten Übertragung fokussiert. Genetische Interpretationen, welche Unbewusstes in der Gegenwart mit dem unbewussten Vergangenen verknüpfen, werden den fortgeschrittenen Stadien der Behandlung vorbehalten. Hier jedoch, sogar mehr als im Fall von erwachsenen Patienten, nimmt die Klärung der Erfahrung des Jugendlichen die meiste Zeit in Anspruch, so dass die gesamte Kette von der Konfrontation bis zur Interpretation deutlich verlängert ist. Eine zweite Technik, die systematische Interpretation der Übertragung, stellt zwar immer noch das globale Ziel der Behandlung dar, aber dieses wird erheblich an die bestehende Beziehung des Jugendlichen mit der Familie angepasst. Diesen Punkt werden wir weiter ausführen, wenn wir über die allgemeine Übertragungsmethode sprechen.

Das dritte methodische Element, nämlich die technische Neutralität, bleibt weiterhin eines der Hauptziele, allerdings in dem Verständnis, dass diese Neutralität immer und immer wieder durch das schwere Ausagieren eingeschränkt werden kann, denn dieses Ausagieren erfordert es, in der Behandlung und in der äußeren Lebenssituation des Jugendlichen Grenzen zu setzen. Es versteht sich von selbst, dass solche Abweichungen unvermeidbar sind, und dass im Fall der Behandlung von Jugendlichen wiederholtes Wegbewegen von der technischen Neutralität sogar noch häufiger und ausgeprägter stattfindet als bei der Behandlung der meisten Erwachsenen mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Hier ist die Unterscheidung zwischen technischer Neutralität bezüglich der unbewussten innerpsychischen Konflikte des Patienten und der zwischenmenschlichen Situation der Familiendynamik, welche die Behandlung beeinflussen, manchmal sehr schwer festzustellen. Das Nutzen der Gegenübertragungsreaktionen zur Diagnose der vorherrschenden Übertragungssachlage und ihrer unbewussten Bedeutungen bleibt einer der Hauptaspekte bei der Anwendung der heutigen psychoanalytischen Methode auf die Analyse der Entwicklungen von Übertragung/Gegenübertragung.

Eine der wichtigsten Modifikationen bezüglich der übertragungsfokussierten Psychotherapie mit jugendlichen Patienten, die an einer schweren Persönlichkeitsstörung leiden, bezieht sich auf die Gesamtstrategie der Behandlung. Die Hauptstrategie in der übertragungsfokussierten Psychotherapie besteht darin, herauszufinden und zu interpretieren, wann die aufgespaltenen idealisierten und verfolgenden verinnerlichten Objektbeziehungsdyaden in der Behandlung aktiviert werden. Diese Aktivierung geschieht hauptsächlich in der Übertragung, wo sie dann geklärt, konfrontiert und letztlich auch interpretiert wird. Die Dyaden sind durch Selbstrepräsentation und Objektrepräsentation gekennzeichnet, die durch einen Affekt verbunden sind. Die Dyaden werden durch den Affekt ausgemacht, der mittels der Gegenübertragung des Pa-

tienten und/oder des Therapeuten erlebt wird (normalerweise über den Mechanismus der projektiven Identifikation). Die Selbst- und Objektrepräsentationen schwanken und verteidigen sich gegeneinander, obwohl der Patient sich dessen nicht bewusst ist. Der Therapeut muss der Aktivierung, den Schwankungen und dem Alternieren der Dyaden auf der Spur bleiben, und gleichzeitig erkennen, gegen welche Dyade sich im Verlauf verteidigt wird.

Es gibt bei Jugendlichen eine weitere Komplikation bezüglich der Strategie, den affektiv vorherrschenden Objektbeziehungsdyaden in der Übertragung zu folgen. Diese Komplikation betrifft die Einbeziehung der Rolle der Eltern in die Übertragung sowie die Notwendigkeit, diese Objektbeziehungsdyaden in den Beziehungen zu erklären, die außerhalb der Übertragung bestehen – bevor man mit ihnen in der Übertragung arbeitet. Die funktionale Rolle der Eltern in den Objektbeziehungsdyaden bezieht sich in der Regel auf Spaltungsmechanismen, worin verschiedene Familienmitglieder spezifische Objektbeziehungsdyaden in Szene setzen.

Dies lässt sich klinisch beobachten, wenn es beispielsweise um die Anwesenheit bei den Sitzungen geht. So gibt es etwa „Kommunikationsfehler“ zwischen dem Jugendlichen und einem Elternteil/den Eltern bezüglich der Uhrzeit des Termins, oder darüber, welcher Elternteil den Jugendlichen zur Sitzung fahren sollte. Wenn diese Übertragungen nicht beobachtet und mittels Klärung und Konfrontation durchgearbeitet werden, können sie die Behandlung zu einem Ende bringen. Wenn dies ignoriert wird, könnten die Eltern, die auf einen projizierten Gesichtspunkt des Jugendlichen hin handeln, als Vehikel benutzt werden, um die Behandlung abrupt abzubrechen.

Während der Therapeut mit dem Jugendlichen arbeitet, wird seine innere Objektbeziehungswelt zuerst durch die Erforschung der außerhalb der Übertragung existierenden Beziehungen geklärt, die mit Familie, Schule und Gleichaltrigen bestehen. Innerhalb dieses Prozesses entwickelt sich eine spezifische und oft metaphorische Sprache, welche sich der Wortwahl des Jugendlichen bedient und in die Deutungen eingebaut werden kann. Ein Verständnis für die Art und Weise, wie der Jugendliche Sprache verwendet, ist für das Verständnis des Therapeuten bezüglich der sich entwickelnden Übertragung besonders nützlich.

Es sind spontane Ausdrücke des Jugendlichen, die der Therapeut nutzen kann, um die Aktivierung der Spaltung von idealisierten und verfolgenden Selbst- und Objektpräsenzen zu beobachten, die in der Übertragung aktiviert werden. Hier kommt es zu einer Abweichung von der übertragungsfokussierten Psychotherapie mit Erwachsenen. Es wird mehr Zeit damit verbracht, die Manifestationen der inneren Objektwelt während der Übertragung zu beobachten, zugleich wird von einer sofortigen Analyse *abgesehen*. Außerdem werden, wie schon vorhin erwähnt, die Interpretationen erst im Zusammenhang mit den außerhalb der Übertragung liegenden Beziehungen begonnen, bevor sie innerhalb der Übertragung direkt adressiert werden.

Ein Beispiel, wie die Sprache des Jugendlichen genutzt wird, um die Übertragung zu explorieren, enthält eine prototypische Antwort auf eine Bemühung des Therapeuten, den Jugendlichen auf sein wütendes Auftreten während einer Sitzung aufmerksam zu

machen, nämlich die abweisende und einsilbige Antwort „Duh“². Die übliche Reaktion eines Therapeuten, der die übertragungsfokussierte Psychotherapie durchführt, wäre dem Jugendlichen zu erklären und ihn darauf aufmerksam zu machen, dass der Therapeut und seine Therapie durch diesen Kommentar und die Tonart, in der er gemacht wird, implizit herabgesetzt wird. Durch seine Arbeit mit Jugendlichen versteht der Therapeut diese Dynamik, exploriert diese aber erst in der Beziehung, die außerhalb der Übertragung liegt, wobei er die Methode der Klärung anwendet.

Der Therapeut könnte den Jugendlichen fragen, wann er den Ausdruck „Duh“ im Umgang mit Gleichaltrigen verwendet und danach klären, wie diese Gleichaltrigen darauf reagieren. So kann der Therapeut herausfinden, ob die Gleichaltrigen die Haltung des Jugendlichen als herabsetzend empfinden. Der Therapeut versucht auch herauszufinden, ob dem Jugendlichen seine eigene herablassende Haltung und/oder deren Verteidigungsfunktion bewusst sind. Auf diese Weise wird der Jugendliche auf das Muster der Interaktion und die zugrunde liegende Dynamik aufmerksam gemacht, wobei die außerhalb der Übertragung liegende Beziehung als Hilfsmittel dient. Die vorherrschende Methode, die bei Jugendlichen angewendet wird, ist die Klärung, da sie dem Jugendlichen ermöglicht, Zugang zur internalisierten, unbewussten Bedeutung seiner Handlungen zu bekommen und die Selbstreflexion fördert.

Die Analyse der Übertragung ist eine Schlüsselmethode der übertragungsfokussierten Psychotherapie. Allerdings brauchen Jugendliche vor der direkten Übertragungsinterpretation mehr Arbeit außerhalb der Übertragung. Klinisch wird das von Therapeuten in der Tendenz jugendlicher beobachtet, eher über ihre Freunde und Probleme zu sprechen als ihre eigenen Schwierigkeiten direkt mit dem Therapeuten zur Diskussion und Untersuchung zu stellen. Auf diese Weise „testen“ die Jugendlichen oft, wie eine Diskussion mit dem Therapeuten verläuft. Der Therapeut akzeptiert dies in der frühen Phase der Behandlung, beobachtet aber die Auswirkungen auf die Übertragung. Konfrontation und Deutung erfolgt nur im Dienst der Erhaltung des Behandlungsrahmens. Außerdem enthält die analytische Hauptmethode der übertragungsfokussierten Psychotherapie Zyklen aus Klärung, Konfrontation und Interpretation. Mit Jugendlichen zu arbeiten, erfordert es, vor der Konfrontation und Interpretation mehr Zeit auf die Arbeit mit Klärungen zu verwenden.

Durch den Prozess der Klärung werden die vorherrschenden Objektbeziehungsdyaden identifiziert und dem Jugendlichen bewusst gemacht. Eine weitere Methode, die bei der Behandlung von Jugendlichen Anwendung findet, ist die ständige Wiederholung von Themen, die in früheren Sitzungen angesprochen wurden und die mit aktuellen Themen, die der Jugendliche anspricht, in Beziehung gesetzt werden. Der Therapeut agiert sozusagen als „Historiker“, der eine „Bücherei“ von Objektbeziehungsdyaden und assoziierten Affekten, die in früheren Sitzungen aufkamen, instand hält. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, nach diesen Dyaden zu suchen und sie wieder hervorzuholen,

² Umgangssprachliche Äußerung aus dem Amerikanischen, sinngemäße deutsche Übersetzung: „was soll 's“ oder „mir doch egal“.

was sich hauptsächlich durch Beziehungen ausdrückt, die außerhalb der Übertragung liegen, wenn die Dynamik im Hier und Jetzt der Sitzung aktiviert wird. Der Therapeut erinnert sich für den Jugendlichen daran, dient damit einer Egofunktion, und spricht sie im Zusammenhang mit dem aktivierten Affekt an. Dadurch stellt er im Bewusstsein des Jugendlichen systematische Verbindungen zwischen aufgespaltenen oder dissoziierten Erfahrungen des Jugendlichen und dem derzeitigen Thema her. Allerdings werden diese nicht sofort interpretiert. Sie werden dem Jugendlichen lediglich als „interessante Zufälle“ angeboten, welche die Selbstreflexion und ein erhöhtes Bewusstsein für die sich wiederholenden konflikthaften Verhaltensmuster des Jugendlichen fördern.

Das Bewusstsein dieser wiederholt auftretenden konflikthaften und/oder unbeständigen Verhaltensmuster wird durch die behutsame wiederholte Auseinandersetzung innerhalb „konfrontativer Schleifen“ erhöht. Diese Methode arbeitet mit Elementen der Klärung und wird zur Konfrontation, indem der Jugendliche aufgefordert wird, zuerst zu beobachten und dann sein Verhalten, seine Gedanken und/oder Gefühle zu erklären. Dieser Vorgang klärt widersprüchliche oder inkonsistente Bereiche und macht diese dem Jugendlichen bewusst. Diese Methode wurde dem Jugendlichen zuerst im Personality Assessment Interview vorgestellt, welches das Funktionieren der Persönlichkeit des Jugendlichen sowie seine Fähigkeiten einschätzt, zu organisieren und sich anzupassen. Während der Behandlung wird dies verwendet, um spezifische Aspekte in der hier-und-jetzt Erfahrung des Jugendlichen aufzuklären, ihn aber gleichzeitig aufzufordern, seine Erfahrungen zu reflektieren. Die Widersprüche und Ungereimtheiten, die Abwehrfunktionen und die unbewussten Motive werden dem Jugendlichen bewusst gemacht und dazu benutzt, den Jugendlichen mit den Verzerrungen seiner Realität zu konfrontieren. Dies bildet die Grundlage für die Interpretation.

Wenn diese sich wiederholenden Muster von dem Jugendlichen anerkannt und verstanden worden sind, kann der Therapeut beginnen, die aufgespaltenen Dyaden und ihre assoziierten Affekte miteinander zu verbinden. Wenn die Dyaden im hier und jetzt aktiviert sind, arbeitet der Therapeut daran, ihre Bedeutungen zu klären, mit ihrem inkonsistenten oder widersprüchlichen Wesen zu konfrontieren und sie dann zu interpretieren, wobei dem Jugendlichen ihre hypothetischen Bedeutungen dargeboten werden. Die ersten Verbindungen werden zwischen dem hergestellt, was der Jugendliche inzwischen über die Interaktion mit Gleichaltrigen und Familienmitgliedern verstanden hat. Eine häufig auftretende Entwicklung besteht in einer beharrlichen Dissoziation zwischen einem Angstzustand „ohne Grund“ und einem pathologischen Verhalten, das erwartungsgemäß einen Angstzustand auslösen sollte, aber es nicht tatsächlich tut: in diesem Fall besteht die Notwendigkeit, eine vorherrschende Aufspaltung und Verleugnung zu interpretieren.

In der mittleren Phase der Behandlung, wenn diese Interpretationen von dem Jugendlichen immer mehr toleriert werden, kann der Therapeut anfangen, direkt innerhalb der Übertragung zu arbeiten. In dieser Phase, wenn die Dyaden im unmittelbaren hier und jetzt vom Therapeuten aktiviert werden, sind sie für eine direkte Identifikation und Interpretation in der Übertragung verfügbar. Da der Jugendliche die zu-

nehmende Intensität der Übertragungsbeziehung tolerieren kann, ähnelt die relative Proportion von Klärungen, Konfrontationen und Übertragungsinterpretationen eher der übertragungsfokussierten Psychotherapie für Erwachsene. Die Übertragungsinterpretation beinhaltet hier auch die Übertragungsreaktionen des Jugendlichen auf die Interaktion zwischen Eltern und Therapeuten, so dass realistische Reaktionen auf die Verhaltensweisen der Eltern und des Therapeuten von ihren regressiven Übertragungsimplicationen differenziert werden müssen.

Zusätzlich zu den Themen, die in den Sitzungen angesprochen werden, kümmert sich der Therapeut während der gesamten Behandlungsdauer um das „Funktionieren“ des Jugendlichen. Das Ziel dieser Behandlung für die Identitätsdiffusion bei Jugendlichen besteht darin, Blockaden zu entfernen, die der Entwicklung einer normalen Identität entgegenstehen. Diese Blockaden werden durch die Interpretationen gelöst, die außerhalb der Übertragung liegen und die Übertragung innerhalb des Behandlungsprozesses betreffen, und zwar *in Kombination mit* der umweltbezogenen Unterstützung und mit dem Behandlungsrahmen, der festgelegt und eingehalten wurde. Mit der Zeit kann die Aktivierung der aufgespaltenen und dissoziierten Selbst- und Objektrepräsentationen innerhalb der Übertragung in Grenzen gehalten werden. Während dieser Zeit verbessert sich normalerweise das äußere „Funktionieren“ des Jugendlichen. Wenn die Blockaden, die eine Identitätsintegration verhindern, aufgelöst sind, fängt der Jugendliche an, normaler zu funktionieren und seine Beziehungen mit Gleichaltrigen, Familie und der Schule verbessern sich. Nach dem Verschwinden dieser Probleme beginnt die Beendigungsphase.

Zuerst werden die Erfahrungen des Jugendlichen bezüglich seines verbesserten „Funktionierens“ exploriert. Falls der Jugendliche ein Bewusstsein für die Veränderungen entwickelt hat, die er gemacht hat, und zuversichtlich ist, dass diese Verbesserungen aufrechterhalten werden können, werden die Eltern und andere, die in die Behandlung involviert waren (z. B. die Schule) konsultiert. Es ist von wesentlicher Bedeutung, dass der Therapeut Änderungen auf allen Gebieten selbstzerstörerischen Verhaltens exploriert und bestätigt, das ursprünglich und während der Behandlungsphase präsent war, um sicherzustellen, dass sich der Jugendliche tatsächlich verbessert hat. Der Therapeut muss auch zuversichtlich sein, dass der Fortschritt aufrechterhalten werden kann. Die Rücksprache mit dem äußeren Umfeld ist ein laufender Prozess, der sich über die gesamte Behandlungsphase hinzieht, aber auch während der Beendigungsphase erforderlich ist. Wenn sich alle einig sind, dass der Jugendliche einen Fortschritt gemacht hat und sich auch darin einig sind, dass dieser aufrechterhalten werden kann, wird die Beendigung der Behandlung geplant. Die Bedeutung der Beendigung der Behandlung wird in den Sitzungen mit dem Jugendlichen durchgesprochen.

Während der Beendigungsphase weist der Therapeut darauf hin, dass, auch wenn die Blockaden gelöst sind, die das unmittelbare Funktionieren des Jugendlichen erschwert haben, und die Identitätsbildung leichter gemacht worden ist, in der Zukunft andere Blockaden auftauchen können, die eine Rückkehr in die Therapie bedingen können. Während der letzten Sitzung mit den Eltern wird die eventuelle Notwen-

digkeit einer zukünftigen Behandlung in Zusammenhang mit einer normalen Entwicklung des Jugendlichen diskutiert. Es wird daran erinnert, dass diese Behandlung darauf ausgerichtet war, gegenwärtige Blockaden für eine normale Entwicklung zu lösen. Jugendliche entwickeln sich weiter und interagieren mit einem Umfeld, das sich ebenfalls ändert, während der Jugendliche mehr Fähigkeiten, mehr Verantwortlichkeit und eine anwachsende Selbständigkeit entwickelt. Die Identität des Jugendlichen entwickelt sich weiter in Richtung einer normalen Lösung von Identitätskrisen und der Bildung einer integrierten Identität des Selbst und einer integrierten Sicht bedeutensvoller Bezugspersonen.

Literatur

- Bion, W.R. (1968). *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Clarkin, J. F., Widiger, T., Frances, A., Hurt, S. S., Gilmore, M. (1983). Prototypic typology and the borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 263-275.
- Clarkin, J. F. (1996). Treatment of personality disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 641-642.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Schiavi, J. M. (2005). TFP: Development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders. *Clinical Neuroscience Research*, 4, 379-386.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. E., Kernberg, O. F. (im Druck). A randomized clinical trial of three treatments for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*.
- Fenichel, O. (1941). *Problems of Psychoanalytic Technique*. Albany: Psychoanalytic Quarterly, Inc.
- Gill, M. (1954). Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 2, 771-797.
- Green, A. (1993). *On Private Madness*. Madison, CT: International Universities Press.
- Green, A. (2000). *La position phobique centrale*. *La Pensée clinique*. Paris: Editions Odile Jacob.
- Kernberg, O. (1977). The structural diagnosis of borderline personality organization. In M. P. Hartocollis (Hrsg.), *Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient*. New York: I.U.P.
- Kernberg, O. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. (2004). *Aggressivity, Narcissism, and Self Destructiveness in the Psychotherapeutic Relationship: New Developments in the Psychopathology and Psychotherapy of Severe Personality Disorders*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*, LXXV, 969-1003.
- Kernberg, P. (1994). Psychological interventions for the suicidal adolescent. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 52-63.

- Kernberg, P. (2006). *Beyond the Reflection: The Role of the Mirror Paradigm in Clinical Practice*. Written in collaboration with Bernadette Buhl-Nielsen, M.D., and Lina Normandin, Ph.D. New York: Other Press.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., Bardenstein, K. K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. Basic Books: New York.
- Lenzenweger, M. F., Loranger, A. W., Korfine, L., Neff, C. (1997). Detecting personality disorders in a nonclinical population: An application of a 2-stage case identification. *Archives of General Psychiatry*, 54, 345-351.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Clarkin, J. F., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment and reflective function in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J.R. (1998). Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 18, 765-794.
- McGlashan, T. H. (1986). The Chestnut Lodge follow-up study: III. Long-term outcome of borderline personalities. *Archives of General Psychiatry*, 43, 20-30.
- Sandler, J., Sandler, A. M. (1987). The past unconscious, the present unconscious, and the vicissitudes of guilt. *International Journal of Psychoanalysis*, 8, 331-341.
- Selzer, M. A., Kernberg, P. F., Fibel, B., Cerbuliez, T., Mortati, S. (1987). The personality assessment interview: preliminary review. *Psychiatry*, 50, 142-153.
- Skodol, A., Gunderson, J., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, 51, 951-963.
- Soloff, P. H., Lynch, K.G., Kelly, T.M. (2000). Psychopharmacology of borderline personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 169-192.
- Stone, M.H. (1993). Long-term outcome in personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 162, 299-313.
- Torgensen, S., Kinglen, E., Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.
- Widiger, T. A. Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital Community Psychiatry*, 42, 1015-1021.
- Yeomans F. E., Selzer M. A., Clarkin J. F. (1992). *Treating the Borderline Patient: A Contract-Based Approach*. New York: Basic Books.

Korrespondenzanschrift: Prof. Otto F. Kernberg, Weill Medical College of Cornell University, The New York Hospital, Westchester Division, 21 Bloomingdale Road, 10605 White Plains, N.Y., USA. E-Mail: okernber@med.cornell.edu