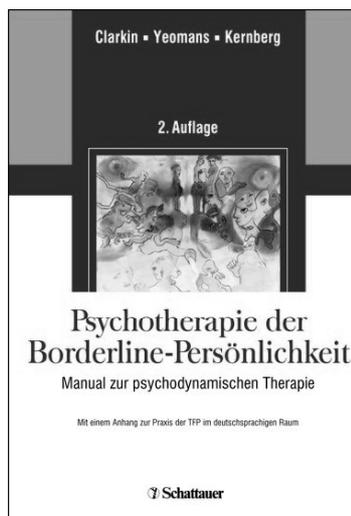


**Störungsorientierte Psychotherapie
 der Borderline-Störung
 Übertragungsfokussierte Psychotherapie -TFP**

60. Lindauer Psychotherapiewochen 28.04.2010

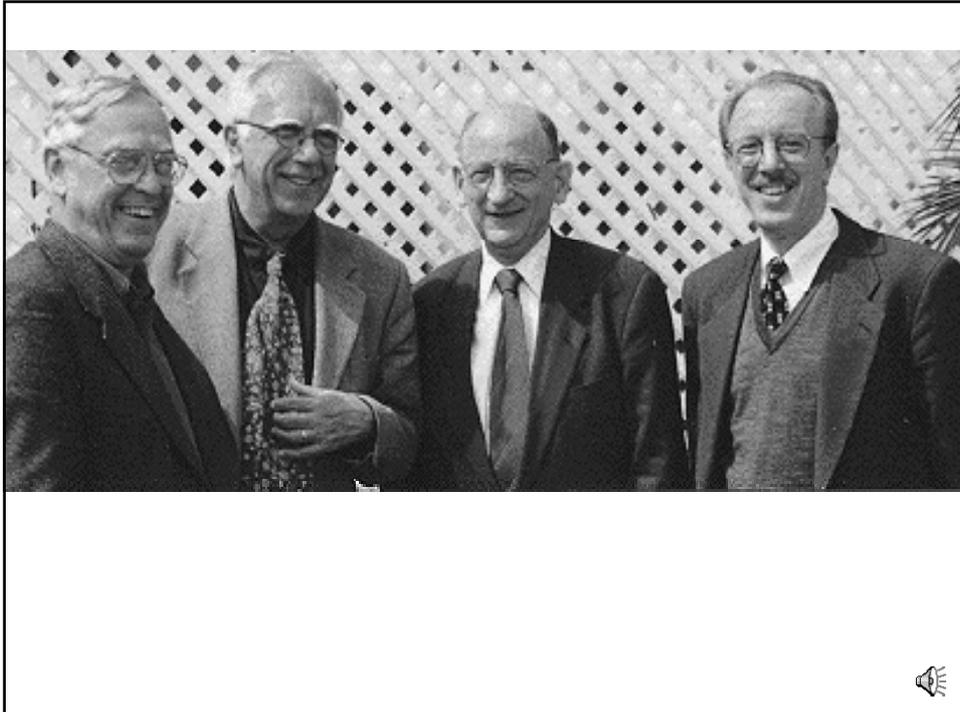
Dr. med. Dipl. Psych. Agnes Schneider-Heine
 TFP-Institut München



TFP Institut e.V.

Psychodynamische
 Psychotherapie
 zur Behandlung von Borderline
 Störungen

<http://www.tfp-institut-muenchen.de>



Essentials der TFP

- **TFP** ist:
- an der Erscheinungsform der Borderline-Störung aus der Behandlungspraxis heraus entwickelt.
- Basiert auf moderner psychoanalytischer Objektbeziehungstheorie
- aktiv intervenierende Methode
- strukturiertes und strukturierendes Verfahren, das dem Patienten in seinem Chaos Halt gibt durch Betonung eines festen Rahmens mit festen Grenzen.
- arbeitet den Spaltungstendenzen des Patienten in der Beziehung entgegen:
- **Therapieziel: INTEGRATION:** Die bislang unverbundenen Selbst- und Objektanteile miteinander in Verbindung zu bringen.

Psychodynamische Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeits-Organisation Transference-Focused Psychotherapy (TFP)

- Setting: **Einzelpsychotherapie im Sitzen**
- Frequenz: 2 Wochenstunden, Dauer etwa 80 bis 160 Sitzungen
- Vertrag: Klärt **Rahmenbedingungen**, erklärt die **Therapiemethode** u. die Rollen und **Verantwortlichkeiten von Patient und Therapeut**
- Fokus: **Affektgeladene Themen**, die in der Beziehung zwischen dem Patienten und Therapeuten im „Hier- und Jetzt“ der Übertragung auftauchen. **Hilfe bei der Affektregulation, indem wir interessiert und bildhaft klären, was gerade in der Beziehung passiert.**
- Technik: **Therapeutische Beziehung (!) klären und analysieren** als Mittel zur **Veränderung der verzerrten Beziehungsmuster** in integrierte, differenzierte, komplexe Objektbeziehungen

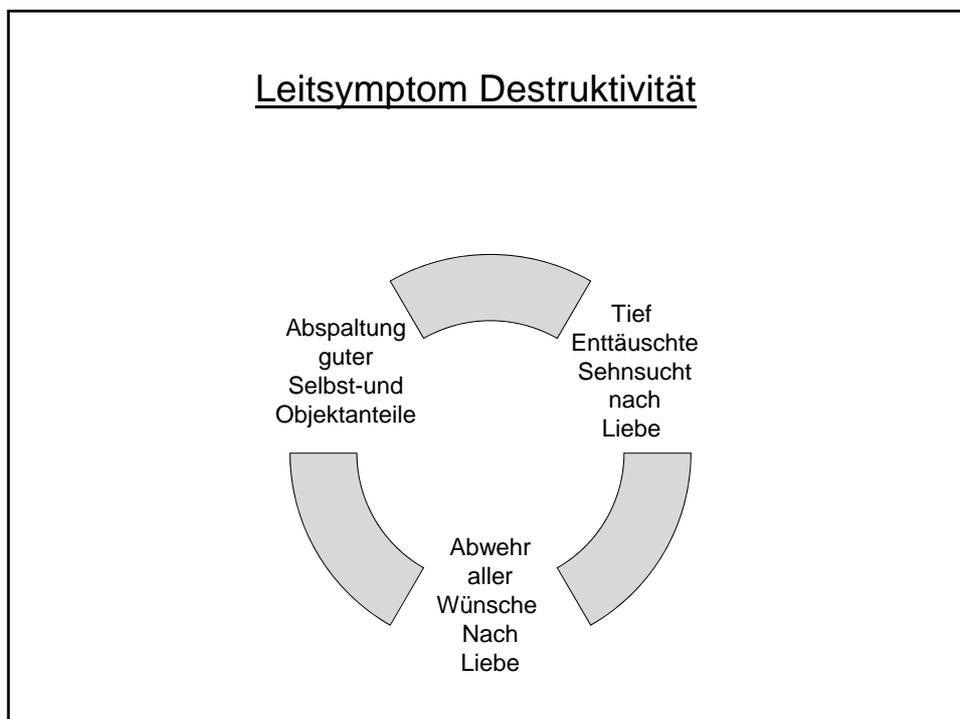
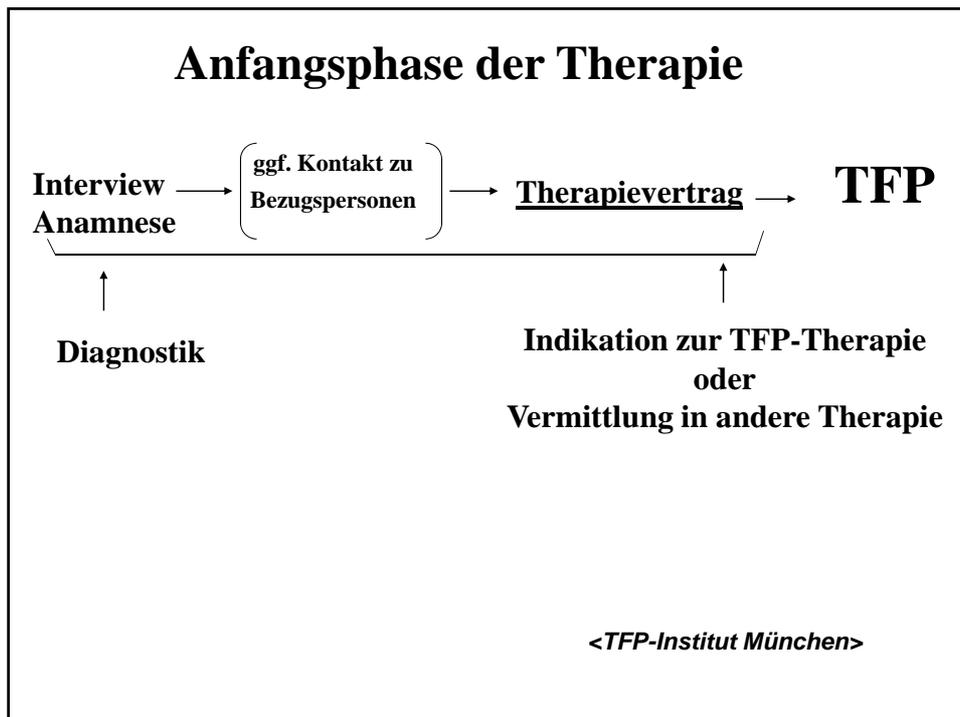
Behandlungsprinzipien der Psychodynamischen Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit (TFP)

Langfristige Strategien - Deutungsprozess → Behandlungsziele

Regeln für das taktische Vorgehen in den Therapiesitzungen

Interventionstechniken

- **Klärung**
- **Konfrontation**
- **Interpretation / bildhafte Deutung der Beziehung im „Hier und Jetzt“**



Vorstellung der Patientin

- Bildhafter Ersteindruck: „Kleines Mädchen im Körper einer jungen Frau“.
- Große Not wegen der Intensität der erlebten Aggressionen, „Bedürfnis, Amok zu laufen“.
- Extreme Angstanspannung

Symptomatik Frau P.: Probleme in der Affektregulation

- Extrem **aggressive Gespanntheit**
- Innere Haltlosigkeit,
- „totale **Angst**“
- Gefühl zu zerfallen,
- Gefahr: Selbstverlust bei Abhängigkeit
- **Verachtung** gegenüber abhängigen Anderen
- **Ekel** vor Sexualität, **Scham**

DIAGNOSTIK

- Strukturelles Interview
- DSM IV -> SKID II – Interview für BPS
- ICD 10
- OPD
- Traumadiagnostik

DSM IV- Kriterien – Frau P.

- **starken Stimmungsschwankungen** innerhalb von Tagen im Rahmen emotional instabiler Beziehungen,
- **Schwierigkeiten in der Impuls- und Affektkontrolle** mit Neigung zu emotionalen Ausbrüchen von Hass und Verzweiflung, mit
- einer **Störung des Selbstbildes im Sinne einer Identitätsdiffusion** mit dysmorphophoben Zügen und
- **suizidalen Tendenzen**. Infantile Struktur-Anteile gehen in das Störungsbild ein.
- Passager bestand vor der Behandlung eine **Cannabisabhängigkeit**
- **Dissoziative Zustände im Wechsel mit chronischer extremer Angst-Anspannung, Hypervigilanz, negativ verzerrte Selbstwahrnehmung durch Schuld- und Schamgefühle** legen die Komorbidität einer Posttraumatischen Belastungsstörung nahe. Dies ist verschiedenen Autoren nach bei zwischen 40 und 80% der Borderline-Störungen der Fall. (Stephan Doering 2009 und Martin Sack 2004).

Diagnostische Phase

- ANAMNESE:
- Suizidanamnese (*Video*)
 - Genau:
 - Phantasie oder Versuch,
 - Wie oft,
 - wann, wie
 - Anlass,
- Frühere Therapieerfahrungen →
 - Gründe für Abbruch

Anamnese - Frau P.:

- Einzelkind, Kinderkrippe mit 1 Jahr
- **Mutter:** „Dominant, ohne Einfühlung, stressanfällig, impulsiv“.
- P.: „Immer Angst, dass ich was falsch mache“.
- **Vater:** beruflich viel weg, chronisch angespannt, „überaus viele Ängste“ vor Krankheiten, vorm Altern, vor Ablehnung.
- P.: „Immer gedacht, er liebt mich nicht“.
- Bei **Großmutter:** „Prinzesschen“, extrem verwöhnt und bewundert.

Wahrscheinliche Übertragungen Hypothesen

- Pat. wird mich erleben als:
- Dominant, kränkbar, selbstbezogen, unterlegen, impulsiv und Angst erregend wie die Mutter
- Lieblos wie Vater
- Bewundernd wie Großmutter

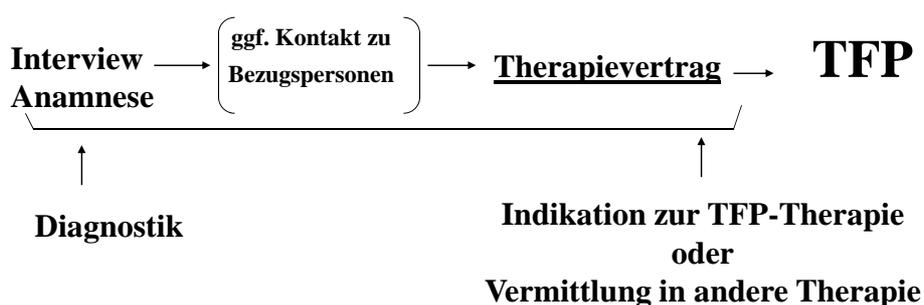
Traumata Frau P.:

- 5. Lebensjahr: Flucht aus der DDR, Angst der Eltern übertrug sich.
- 8.-9. Lebensjahr: Übergriffige Situationen durch Nachbarn.
- Gymnasialzeit: Chronisch herabgesetzt durch Mitschüler → Scheu und gehemmt.
- 1. Freund: Gewaltsame Auseinandersetzungen. Männer, die ihr nicht ebenbürtig seien, verachte sie als „Waschlappen“.
- Heute: „Sexuell unfrei“, möge ihren Körper nicht, wehre sich oft gegen sexuelles Begehren, deswegen stets instabile Beziehungen zu Männern von kurzer Dauer.

Vorherige Therapien

- **3 Aufenthalte in Psychiatrischen Kliniken** – der längste von der Dauer eines Vierteljahres - mit DBT Skills Training, Entspannungstherapie nach Jakobson, Kunsttherapie und anderen therapeutischen Verfahren.
- 1. **Ambulante** Tiefenpsychologisch fundierte Therapie: Von Pat. beendet, da sie sich nicht ernst genommen gefühlt habe. Die Therapeutin habe ihre Probleme bagatellisiert und schön geredet.
- 2. **Ambulante** Tiefenpsychologisch fundierte Therapie: Therapeutin habe „zu viel gelächelt“, mit ihrem Lächeln versucht, Unsicherheit zu überdecken. Pat. habe die Therapeutin nicht ebenbürtig erlebt und sie deshalb nicht respektieren können.
- Ambulante Therapieversuche endeten jeweils mit einem Klinikaufenthalt. → Ich nehme mir vor, Pat. s e h r ernst zu nehmen, nicht zu freundlich sein, nicht zu viel lächeln!
- Behandlungsbeginn: Seitens des ambulant betreuenden Nervenarztes auf Seroquel und Mirtazepin eingestellt, sie strebt an, baldmöglichst medikamentenfrei zu werden.

Anfangsphase der Therapie



<TFP-Institut München>

Phasen der Therapie

- Keine Therapie ohne vorangehenden Vertrag

- Kein Vertrag ohne vorangehende Diagnostik

Der Rahmen in der übertragungsfokussierten Therapie

- **BEHANDLUNGSVERTRAG**, auf den sich Therapeut und Patient stets beziehen können und sollen.
- **BEHANDLUNGSRAHMEN** in der TFP ist
 - Halt- und Struktur gebend
 - Grenzen setzend
 - Raum gewährend.
 - Unverzichtbare Basis für ein Arbeitsbündnis, das starke emotionale Belastungen aushalten und tragen muss, bevor diese einer Klärung und Auflösung durch Deutung zugeführt werden können.

A SL

- Der Therapievertrag trifft Vereinbarungen über
- Rollen, Aufgaben und Verantwortung von Patient und Therapeut
- Art der Psychotherapie
- Regeln für das Abweichen vom Vertrag besonders in Bezug auf
therapieschädigendes und parasuizidales Verhalten – (n i c h t verstärkt engagieren!)
- Rahmenbedingungen und Grenzen setzen zum Schutz der Behandlung vor intensiven
Affekten und typischer Borderline-Pathologie
- Der Therapievertrag bietet somit auch einen
sicheren Ort, an dem sich die Dynamik des Patienten entfalten kann und
- therapeutischen Rahmen, der die Therapie zu einem Rettungsanker im Leben des Patienten
werden lässt.
- Bühne, auf der im späteren Verlauf der Therapie Abweichungen vom Vertrag verstanden
und interpretiert werden könne

Vertragsphase – Allgemeine Aspekte

- **Verantwortlichkeit des Patienten:**
- Erscheinen zu den Sitzungen und Mitarbeit in der Therapie (s. Skript)
- Klare finanzielle Regelung
- Bemühen, Gedanken und Gefühle frei und ohne Einschränkung mitzuteilen
- **Verantwortlichkeit des Therapeuten:**
- Einhalten der vereinbarten Termine
- Dem Patienten helfen, sich selbst und tiefere Anteile seiner Persönlichkeit und seiner Probleme zu verstehen
- Klären der Grenzen des therapeutischen Engagements

Vertragsphase – Individuelle Aspekte

- Berücksichtigung spezifischer Gefährdungen der Behandlung (in Kenntnis der Gründe für das Scheitern früherer Behandlungsversuche) Suizidale, selbst schädigende Verhaltensweisen **Kontrolle pathologischen Verhaltens**
- Mordimpulse oder Handlungen, die den Therapeuten gefährden Lügen, Zurückhalten von Informationen
- Unkontrollierte Essstörung *Minderwertigkeitsgefühl am Körper festgemacht*
- Exzessive Telefonanrufe oder andere Wegen, sich in das Leben des Therapeuten einzumischen.
- Fehlende Mitarbeit in den Sitzungen Substanzmissbrauch
- Das Honorar nicht zahlen, Situationen schaffen, die eine Bezahlung unmöglich machen
- Zeitverschwendung in den Sitzungen, Trivialisierung
- Probleme außerhalb der Sitzungen schaffen, die den Fortgang der Therapie gefährden
- Eine chronisch passive Lebensweise, die jeden therapeutischen Versuch einer Veränderung zugunsten des fortbestehenden sekundären Krankheitsgewinns untergraben würde.

Vertragsphase: Individuelle Aspekte Berücksichtigung Extremsymptomatik

- Suizidalität
- Fremdgefährdung
- Selbstverletzung
- Anorexie, exzessive Bulimie, Sucht
- Therapiegefährdung: Exzessive Anrufe, Stunden versäumen, Lügen, fehlende Mitarbeit, Honorar nicht zahlen...
- Chronisch passive Lebensweise: sekundären Krankheitsgewinn vermeiden!

Vertragsphase : Individuelle Aspekte bei Frau P.:

- Vorgeschaltet
Stabilisierungsprogramm wegen
extremer Angstzustände
- (s. Schneider-Lehmann, A.: „Übertragungsfokussierte
Psychotherapie und Traumatherapie“ Zeitschrift
Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie 4/2009)
- Anti-Suizid-Vetrag

Anfangsphase der Behandlung

Themen:

- Test des Kontrakts, Gefahr des Abbruchs – „Kampf um den Rahmen“:
- Psychodynamische Übertragungs-Bedeutung:
- Versorgungs-Autarkie/Individuat.-Abh./Kontroll-Unterwerfungskonflikte
- Massives selbstdestruktives Agieren mit Suizidalität, Selbstverletzung, gravierenden Essstörungen

Behandlungstechnik: Fokus:

- Gefährdung des Rahmens (Übertragungsbedeutung)
- Begrenzung destruktiven Agierens
- Systematische Interpretation der Abwehr der Spaltung, Idealisierung, Entwertung, Projektion und projektive Identifikation z.B. mit Ohnmacht etc.)

Von den stets geltenden Strategien, Taktiken und Techniken kommt hier vor allem die Taktik, ein vorrangiges Thema auszuwählen, zum Tragen. Gerade am Anfang der Therapie wird immer wieder auf den vereinbarten Behandlungsrahmen Bezug zu nehmen sein.

Taktisches Vorgehen in der Behandlung

- 1. **Auswahl des Hauptthemas: Gefährdung des Pat. o. anderer, Gefährdung der Behandlung** (Abbruch, Stundenreduktion, Stunden absagen, Verspätungen, fehlende Mitarbeit), **Dominanter Affekt.**
- 2. **Schutz des Therapeutischen Rahmens / Setzen von Grenzen und Ausschalten von sekundärem Krankheitsgewinn**
- 3. **Technische Neutralität und Grenzen ihrer Anwendung**
- 4. (!) **Analyse sowohl der positiven als auch der negativen Aspekte der Übertragung**, um zu verhindern, dass eine Übertragung ausschließlich als negativ angesehen wird. TFP spricht eben nicht „nur“ die Aggression an.
- 5. **Systematische Analyse der Abwehr in der Übertragung, (wirkt ich-stärkend).**
- 6. **Kontinuierliches Beachten der Gegenübertragung und Integration der hieraus gewonnen Erkenntnisse in den Deutungsprozess.**
- (Schneider-Lehmann, A., Lohmer, M. : *Abwehr und Gegenübertragung*. In: Dulz, B. et al.: *Handbuch der Borderline-Störung*. Stuttg., Schattauer, 2010)

Hierarchie der Beachtung und Bearbeitung von spezifischen Problemen im Therapieverlauf von TFP

Hindernisse für das Fokussieren auf die Beziehung haben selbst eine Übertragungsbedeutung (Enttäuschung, Wut, Angst, Scham, Provok)

- 1. **Eigen- oder Fremdgefährdung**
- 2. **Gefährdung der Fortsetzung der Therapie** (*Stundenreduktion/Abbruchpläne*)
- 3. **Kontraktbrüche** (*Abmachungen brechen: z.B. Selbstverletzung, Gewichtabnahme*)
- 4. **Acting-out zwischen den Stunden**
- 5. **Acting-out während der Stunden**
- 6. **Unehrllichkeit, Verschweigen wichtiger Tatsachen**
- 7. **Trivialisierung in den Themen**

Drohender Therapieabbruch

- Auslöser: Therapeutin hat direkt Stellung genommen hinsichtlich Arbeitslosigkeit der Pat. = Verlassen der technischen Neutralität
- Pat. kündigt schriftlich Therapie auf – verbunden mit enorm destruktiven Phantasien
- Manualgemäß schreibt Therapeutin der Patientin zurück, dass sie selbstverständlich frei sei, die Therapie zu beenden, dass sie aber gerne über die Situation und vielleicht auch über ein vorliegendes Missverständnis mit ihr sprechen möchte.

Phasen der Therapie

- Diagnostische Phase
- Contract-Setting-Phase
- Anfangsphase der Behandlung:Fokus: Destruktives Agieren, Grenzen setzen, Vertrag festigen
- Mittlere Behandlungsphase:Konflikte um Liebe und Hass werden besprechbar
- Fortgeschrittene Behandlungsphase und Beendigung der Therapie

Mittlere Behandlungsphase

- **KONFLIKTE UM LIEBE UND HASS.**
- TFP-Interventionstechniken:
- Fokussieren auf dominante Beziehungsdynaden im Hier und Jetzt
- Ausgehend von Gegenübertragung
- Deutungstechnik – Klarheit, Angemessenheit und Tiefe von Deutungen, Deutungen als Prozess

Technik der Behandlung

- **Interventionstechniken**
 - Klärung
 - Konfrontation
 - Interpretation / Deutung im „Hier und Jetzt“
- Diese Techniken kommen in der Therapiestrategie zum Tragen**

Strategische Prinzipien der TFP

- Strategisches Prinzip 1: Definieren der dominanten Objektbeziehung
 - » Schritt 1 : Erleben und Tolerieren der Verwirrung der inneren Welt des Patienten, wie sie sich in der Übertragung offenbart
 - » Schritt 2: Erkennen der dominanten Objektbeziehungen
 - » Schritt 3: Benennen der Akteure *verzweifeltes Kind-verständnislose Mutter*
 - » Schritt 4: Beachten der Reaktion des Patienten *höhnisch, kalt*
- Strategisches Prinzip 2: Beobachten und Deuten der Rollenwechsel des Patienten (*Th. fühlt sich als Trottel, Pat. kalt und verständnislos*)
- Strategisches Prinzip 3: Beobachten und Deuten der Zusammenhänge zwischen sich gegenseitig abwehrenden und damit den inneren Konflikt und die Fragmentierung aufrechterhaltenden Objektbeziehungsdyaden
- *Sehnsucht n. paradiesischem Zustand und idealem Objekt – sonst „alles Scheiße“*
- Strategisches Prinzip 4: Integrieren der abgespaltenen Teil-Objekte

Leitlinien der Behandlungstechnik der “Transference Focused Psychotherapy (TFP)” (Clarkin, Yeomans, Kernberg 2008)

- TFP arbeitet vorwiegend und von Anfang an mit psychodynamischen Techniken der **Klärung, Konfrontation und der Deutung** der
- **dyadischen Selbst- und Objektrepräsentanzen in der „inneren Welt“ der Patienten**, die sich **in der therapeutischen Beziehung in der Übertragung und Gegenübertragung** manifestieren.
- **Aggressive und destruktive Elemente stehen früh im Fokus.**
- Es wird die zentrale Beziehungsstörung **der Patienten** durch die psychodynamische Arbeit an und **in der Übertragungs-Beziehung in den Mittelpunkt gestellt.**

Generelle Ziele von strukturellen Veränderungen

- 1. Integration des **Selbstkonzeptes**
- 2. Integration der **Konzepte von wichtigen Bezugspersonen**
- 3. Fähigkeit, **Empathie für sich selbst und andere zu empfinden**
- 4. Integration von **dissoziierten oder abgespaltenen Affekten**
- 5. **Förderung der Reflektionsfähigkeit**

TFP Institut
München

Psychodynamische Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit
Transference-Focused Psychotherapy



Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFP)
zur Behandlung der Borderline
Persönlichkeitsstörung: Eine randomisiert-
kontrollierte Studie

Stephan Doering, Susanne Hörz, Michael Rentrop,
Melitta Fischer-Kern, Peter Schuster, Cord
Benecke, Anna Buchheim, Philipp Martius, Peter
Buchheim

Research Team

Primary Investigator: Stephan Doering, Münster	RF Analysen: Melitta Fischer-Kern, Wien
Senior Researcher: Peter Buchheim, München	Anna Tmej, Wien
Steering Committee München: Michael Rentrop	Svenja Taubner, Bremen
Susanne Hörz	Psychotherapien: 31 TFP-Therapeuten/-innen
Philipp Martius	36 TAU-Therapeuten/-innen
Steering Committee Wien: Peter Schuster	Supervision: Agnes Schneider-Lehmann, München
Melitta Fischer-Kern	Claudia Bailer, München
Marianne Springer-Kremser	Matthias Lohmer, München
Assessments: Susanne Hörz, München	Peter Schuster, Wien
Angelika Binder-Krieglstein, Wien	Statistische Analysen: Stephan Doering, Münster
Nora Schuster, Wien	Cord Benecke, Innsbruck
Nestor Kapusta, Wien	Methodische und klinische Beratung: John F. Clarkin, New York
Attachment Ratings (AAI): Anna Buchheim, Innsbruck	Frank Yeomans, New York
	Kenneth N. Levy, New York
	Otto F. Kernberg, New York

- Wirksamkeitsstudie: TFP vs. Behandlung durch *experienced community psychotherapists* (ECP)
- Randomisierung
- Studienzentren: München, Wien
- 104 Borderline Patientinnen wurden zwischen 21.10.2004 and 11.09.2006 in die Studie eingeschlossen
- Follow-up Untersuchungen: 1 Jahr, weitere Untersuchungen nach 2 und 5 Jahren

Zielvariablen

Primär

- Therapieabbruch
- Suizidversuche

Sekundär

- DSM-IV BPS-Kriterien (SKID-II)
- „Psychosoziales Funktionieren“ (GAF)
- Allgemeine Psychopathologie (BSI, BDI, STAI)
- Selbstverletzendes Verhalten
- Psychiatrische Krankenhausaufenthalte
- Niveau der Persönlichkeitsorganisation (STIPO)
- Reflective Functioning, Bindungsstil (AAI, RF)

Zusammenfassung (1-Jahres-Ergebnisse)

- TFP führt im Vergleich zu ECP zu **weniger Therapieabbrüchen, mehr Remissionen mit stärkerer Verbesserung von Borderline-Pathologie, Strukturniveau und psychosozialem Funktionieren, weniger Suizidversuchen und weniger stationärer psychiatrischer Behandlung.**
- Keine Gruppenunterschiede finden sich bzgl. Psychopathologie (allgemein, Angst, Depression) und selbst verletzendem Verhalten.

Lit: Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., Buchheim, P.: A Randomized-Controlled Trial of Transference-Focused Psychotherapy vs. Treatment by Experienced Community Psychotherapists for Borderline Personality Disorder. *British Journal of Psychiatry*, im Druck.

Literatur:

- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit Manual zur psychodynamischen Therapie. Stuttgart: Schattauer 2008, 2. Auflage.
- Doering, Stephan: Sexueller Missbrauch: nur einer von vielen ätiologischen Faktoren der Borderline Persönlichkeitsstörung? Aus: Dulz, B., Benecke C., Richter-Appelt, H. Borderline-Störungen und Sexualität. Schattauer, Stuttgart, 2009, S. 96-109
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P., Buchheim, P.: A Randomized-Controlled Trial of Transference-Focused Psychotherapy vs. Treatment by Experienced Community Psychotherapists for Borderline Personality Disorder. *British Journal of Psychiatry*, im Druck
- Freyberger H.J.: Daten zu sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung. Aus: : Dulz, B., Benecke C., Richter-Appelt, H. Borderline-Störungen und Sexualität. Schattauer, Stuttgart, 2009
- Gabbard G.O., Wilkinson S. M.: Management of Countertransference with Borderline- Patients; Northvale, New Jersey, Aronson, 2000 (first softcover edition).
- Kernberg OF: Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Klett-Cotta 1985)
- Kernberg OF. Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. Persönlichkeitsstörungen 1999; 5-15
- Lohmer M. Abwehrmechanismen und Objektbeziehungsgestaltung bei Borderline-Patienten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer 2000, S. 75-86
- Lohmer M. Borderline-Therapie: Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings; Stuttgart: Schattauer 2005, 2. Auflage

Literatur:

- Lohmer M, Wernz C. Sexualität und Abwehrmechanismen. In: Dulz B, Benecke C, Richter-Appelt H (Hrsg.). Borderline-Störungen und Sexualität. Ätiologie – Störungsbild – Therapie. Stuttgart: Schattauer 2009
- Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Buchheim P.: Psychodynamische übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In: Dreyer K.A, Schmidt M.G (Hrsg.): Niederfrequente psychoanalytische Therapie, Stuttgart: Klett-Cotta 2008
- Sack, Martin, Sachsse, Ulrich, Dulz, Birger: Störungen der Sexualität bei Patientinnen und Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörungen. In: Dulz B, Benecke C, Sack M :Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. Nervenarzt; 75: 451-459, 2004
- Sack, M.: „Schonende Traumatherapie“; Stuttgart: Schattauer 2010
- Schneider-Lehmann A, Lohmer M. Supervisorische Erfahrungen mit Forensischer TFP. In: Lackinger F, Dammann G, Wittmann B (Hrsg.). Psychodynamische Therapie bei Delinquenz. Praxis der übertragungsfokussierten Psychotherapie, Stuttgart, Schattauer, 2008.
- Schneider-Lehmann, A., Lohmer, M. : Abwehr und Gegenübertragung. In: Dulz, B. et al.: Handbuch der Borderline-Störung. Stuttgart, Schattauer, 2010
- Schneider-Lehmann, A.: „Übertragungsfokussierte Psychotherapie und Traumatherapie“ in PTT - Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie 4/2009
- Wöller, Wolfgang: Trauma und Persönlichkeitsstörungen; Stuttgart, Schattauer, 2006
- Zanarini, MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Lewis RE, Williams AA, Khera GS.: Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. J Personal Disord 2000, 14 (3): 264 – 273 (zit. n. Doering,St.2009 s.o.)

Besonderheiten
einer störungsspezifischen psychodynamischen Behandlung
bei **Borderline-Persönlichkeits-Organisation**

- Auswahl einer **diagnostisch klar definierten Patientengruppe mit**
 - **Borderline-Störung nach von DSM-IV, ICD-10** (phänomenologisch)
und
 - **Borderline-Persönlichkeits-Organisation** (psychodynamisch)
- Im **Therapie-Manual** definierte **störungsspezifische Therapie-Prinzipien**
- Intensives **Therapeuten-Training** mittels **Manual und Supervision**
- Einsetzen von Audio- u. **Videoaufnahmen** in Training u. Supervision
- Kontrolle der TFP-Therapeuten auf „**Adherence**“ und „**Competence**“
- Ausführliches **Monitoring der Veränderungen** beim Patienten
- **Teamorientierte Arbeit** in einer konstanten, gegenseitig Erfahrungen austauschenden und sich stützenden Therapeutengruppe (**Intervision**)

TFP-Institut München.de