

Karsten Giertz

***Psychoanalytische Objektbeziehungstheorie
und die Borderline- Persönlichkeitsstörung –***

Implikationen für die Soziale Arbeit.



Name: Karsten, Giertz
Datum: 14, Juni, 2011

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis 2011-0222-5

Lache... und die Welt lacht mit dir,

Weine... und du weinst allein.

(Aus dem Film „Old boy“)

Inhalt:

Vorwort.	(Seite 5.)
Aufbau der Arbeit.	(Seite 8.)
Dank.	(Seite 9.)

I. Erster Teil: „Innere Welt und äußere Realität“

Einleitung.	(Seite 11.)
--------------------	-------------

Kapitel 1 : Die Entwicklung der Objektbeziehungstheorie.

1.1. <i>„Neid und Dankbarkeit“ – Melanie Klein und ihre Nachfolger.</i>	(Seite 15.)
1.1.1. <i>Kritik und Evaluation.</i>	(Seite 21.)
1.2. <i>„Die frühkindliche Abhängigkeit und die reife Abhängigkeit“ – W.R.D. Fairbairn’s Objektbeziehungstheorie.</i>	(Seite 25.)
1.2.1. <i>Kritik und Evaluation.</i>	(Seite 29.)
1.3. <i>„Das Selbst und die Welt der Objekte“ – Jacobson’s Objektbeziehungstheorie.</i>	(Seite 34.)
1.3.1. <i>Kritik und Evaluation</i>	(Seite 36.)
1.4. <i>„Die psychische Geburt des Menschen“ – Mahler’s Entwicklungspsychologie.</i>	(Seite 40.)
1.4.1. <i>Kritik und Evaluation</i>	(Seite 44.)

II. Zweiter Teil: „Die Phänomenologie der Borderline- Persönlichkeitsstörung“

Einleitung. (Seite 49.)

Kapitel 2 : Die klinische Definition der Borderline- Persönlichkeitsstörung.

2.1. Was ist eine Persönlichkeitsstörung? (Seite 54.)

2.1.1. Kriterien nach dem ICD 10 und DSM IV.
(Kritik deskriptiver Diagnostik) (Seite 60.)

2.2. Charakteristika in Abwehr- und Struktur. (Seite 66.)

2.2.1. Die Spaltung und ihre Hilfsmechanismen. (Seite 70.)

2.2.2. Die Pathologie der Selbst- und Objektrepräsentanzen. (Seite 75.)

2.2.3. Zur Pathologie der Überich Struktur. (Seite 78.)

2.3. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene. (Seite 80.)

Kapitel 3 : Überlegungen für psychoanalytisch, therapeutisch- orientierte Interventionen und Hilfeleistungen.

3.1. „Guter Mitarbeiter und böser Mitarbeiter.“ (Seite 88.)

Anhang :

Anhang 1: „Die Stufen der Libidoentwicklung nach Abraham.“ (Seite 91.)

Anhang 2 : „Die Endopsychische Struktur nach Fairbairn.“ (Seite 92.)

Anhang 3 : „Die Differenzierung der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg.“
(Seite 93.)

Anhang 4 : „Das Beziehungsgefüge der Persönlichkeitsstörungen nach Kernberg.“
(Seite 94.)

Anhang 5 : „Die Supgruppen der Borderline- Störung nach Dulz.“ (Seite 96.)

Vorwort.

Ich freue mich dem Leser eine Arbeit vorlegen zu dürfen, die mir in ihrer Vorbereitung und Verfassung, eine persönliche Freude bereitet hat. Auch wenn diese Arbeit als eine „Bachelor- Abschlussarbeit“ angesehen wird, so hoffe ich nicht, dass sie meinen Abschluss symbolisiert, sondern einen Anfang darstellt für weitere Arbeiten.

Mein Interessengebiet welches ich in dieser Arbeit zusammenfasse, geht auf einen langen Weg zurück, dessen Anfang sich bereits vor meiner Studienzeit befand. Aufgrund von persönlichen Erfahrungen setzte ich mich mit der Borderline Persönlichkeitsstörung bis heute auseinander. Als ich im ersten Semester einen Vortrag in Persönlichkeitspsychologie ablegte, kam ich mit einer Veröffentlichung von Konrad Stauss zum Thema „Borderline-Syndrom“ in Berührung (Stauss, 1993). Diese Publikation bildete in mir einen theoretischen, wissenschaftlich orientierten praktischen Grundpfeiler, der meine gesamte bisherige Studienzeit stark beeinflusste. In einem weiteren autodidaktischen Prozess haben sich in mir die wesentlichen Interessen gebildet und Ideen für die Praxis entwickelt, die ich in dieser Arbeit darstellen möchte. Zum einen gilt mein Interesse der Psychoanalyse und Entwicklungspsychologie. Mit ihrer Hilfe war es mir möglich die zwischenmenschlichen und innerpsychischen Phänomene, die mich während meiner eineinhalb jährigen ehrenamtlichen Praxis während des Studiums in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen konfrontierten, in einem reflektierenden und theoretischen Rahmen zu fassen. Die Erkenntnisse der Psychoanalyse und Entwicklungspsychologie halte ich für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen für fundamental. Ich möchte in dieser Arbeit darstellen, wie die Erkenntnisse aus psychoanalytischen und entwicklungspsychologischen Theorien für die praktische Arbeit mit Borderline- Patienten/ Klienten umgesetzt werden können. Zum anderen gilt mein Interesse der Philosophie. Ob es die kantische Philosophie ist, die Schopenhauerische, die platonische Idee, die Nikomachische Ethik, die Philosophie des Vitalen bei Nietzsche, der Naturmensch bei Rousseau, der *Elan Vital* bei Bergson, die Philosophie des Absurden von Camus, die Frankfurter Schule, die Phänomenologie von Husserl oder der Existenzialismus. Alle haben sie etwas gemeinsam. Sie ermöglichen uns, unsere eingefahrenen Denkweisen zu hinterfragen, um damit ein Bewusstsein zu erreichen, welches eine Voraussetzung für das schöpferische Sein bildet, welches den Menschen so unentbehrlich ist. So heißt es bei Popper „Alle Menschen haben eine Philosophie, ob sie es wissen oder nicht. Zugegeben, dass diese unsere Philosophien allesamt nicht viel wert sind. Aber ihr Einfluss auf unser Denken und Handeln ist oft geradezu verheerend (Popper, 1934).“¹ Mir scheint (obwohl ich dies nicht empirisch belegen kann), dass der gegenwärtige Mensch häufig einer Denkweise unterliegt, die die Negierung des Seins begrüßt. Diese Lebensanschauung entspricht einer Existenzverweigerung, in der das Sein in das Nichts zurückgeworfen wird. Albert Camus hat diesen Prozess, in dem sich das Denken selbst negiert, als einen philosophischen Selbstmord erkannt (Camus, 1965). Die Konsequenz dieses philosophischen Suizids ist, dass wir unsere Freiheit verleugnen. Die darin besteht, dass wir das eigene Nichts durch das Sein absondern und das Gegebene überschreiten.

Sartre untermauerte dieses Verhältnis zwischen dem Nichts und dem Sein, durch ein Gleichnis in dem eine Person sich über eine steile Klippe fortbewegt (Sartre, 1943). Es gibt zwei Möglichkeiten um die schreckliche Angst, die in der Person vorgeht, zu überwinden.

¹ Dieses Zitat von Karl Popper stammt aus dem Vorwort der dritten deutschen Auflage. Dieses Vorwort wurde mit keiner Seitenzahl versehen.

Entweder die Person stürzt sich in den Abgrund und überwindet somit die Angst. Oder die Person versucht ihre Angst zu kontrollieren und bewegt sich weiter fort, um sie dann zu besiegen. Wenn wir dieses Gleichnis sinngemäß auf den gegenwärtigen Menschen und seinen bestehenden Daseinsinhalten übertragen, so glaube ich, dass die meisten Menschen eher auf der Strecke bleiben, statt zu springen oder weiter zu gehen und somit die Angst allgegenwärtig im Menschen weiter fortbesteht. Psychoanalyse und Philosophie gehen meiner Meinung nach Hand in Hand. Die Negation des Seins, die Hemmung des Denkens finden wir in der Angst vor dem Überich wieder, welche aus den frühkindlichen Beziehungen seinen Ursprung findet und in der Bewertung unseres Selbst mit einfließt. Hanna Segal hat darauf aufmerksam gemacht, dass das Über- Ich weit aus schrecklicher und grausamer ist als das reale Bild der Eltern. Das Überich wird zu einer Gottheit erhoben, die die Aufklärung und das freie Denken nicht dulden kann (Segal, 1989). Desweiterin finden wir die Negation des Seins in den erhöhten Ansprüchen des Ichideals, welches eine Komponente des Überichs bildet und uns an unseren eigenem Wert zweifeln lässt. Die Ansprüche des Ichideals machen uns zu Sklaven der Urteile und der Anerkennung anderer. Und bei einem Ausbleiben der Anerkennung anderer, werden wir mit dem Gefühl der Sinnlosigkeit und dem Gefühl der inneren Leere konfrontiert (Chasseguet-Smirgel, 1975). All unsere Taten, die unter dem Schleier der exzessiven Sehnsucht nach der Anerkennung anderen unterliegt, verlieren ihren Wert für uns selbst, weil ihr Wert nur durch die Urteile anderer definiert wird, nicht aber durch uns selbst, für uns selbst. Unser Handeln entfremdet sich von uns und unterliegt somit dem Ichideal und der Bewertung des Über- Ichs.

Wenn ich schon beim Ichideal angekommen bin, so freue ich mich im Vorfeld erfahren zu haben, dass es aus meinem Umfeld Interessenten gibt, die den Wunsch geäußert haben, dass ich ihnen einen Zugang zu dieser Arbeit gewähre. Ich werde natürlich, diesen Wunsch nachgehen und würde mich über einen anschließenden dialektischen Austausch sehr freuen. Desweiterin bin ich für jede kritische Anmerkung und Hinweise offen. Ich möchte den Leser darauf hinweisen, dass es mir nicht möglich ist, in einer Arbeit mit diesem Umfang die komplexen Themenbereiche befriedigend darzustellen. Lediglich stellt diese Arbeit einen Überblick (vielleicht auch eine Einführung) dar, indem komplexe Themenbereiche, wie die Objektbeziehungstheorie oder die Borderline- Persönlichkeitsstörung aufgeführt werden. Mein Ziel ist es, aus diesen Themenbereichen Implikationen für die Arbeit mit Menschen, die unter psychischen Störungen leiden, aufzuzeigen. Der Leser, der zum ersten Mal mit der psychoanalytischen Theorie in Berührung kommt, wird diese Theorie am Anfang sehr abstrakt empfinden. In meinen Augen ist dies ein entscheidender Punkt.

Die Welt und die Erscheinungen, die in ihr stattfinden, versuchen wir mit Hilfe unserer wissenschaftlichen Theorien *in abstracto* zu beschreiben. Wir versuchen bestimmte Erscheinungen mit Hilfe abstrakter Begrifflichkeiten zu fixieren, um damit unsere Theoriesysteme als Konstruktionen unserer Vorstellung und mit Hilfe der Vernunft als reflektierende Instanz aufzustellen. Das Ich, das Es und auch das Überich (sowie die duale Triebtheorie, die inneren Objektbeziehungen usw...) sind Abstraktionen der Psychoanalyse, die darum nützlich sind, weil sie sich auf eine dynamische Beziehungen innerhalb der Psyche stützen. Anna Freud bemerkte dazu, wenn kein Konflikt zwischen den Instanzen vorhanden ist, sind auch keine seelischen Instanzen zu unterscheiden (A. Freud, 1966, S. 15ff). Freud selbst schreibt immer wieder „wir müssen uns die Psyche als einen Apparat vorstellen“ (Freud, 1940, S. 41). Wir werden aber nie das innere Wesen der Psyche (das

Ding an sich) erfassen können, wenn wir sie uns als einen Apparat vorstellen.² Sie wird immer abhängig sein von unserem Vorstellungsgehalt, der wir ihr zuschreiben – „Wir besitzen ein abstraktes Wissen“ –. Dieser Sachverhalt erinnert mich immer wieder an den Roman „das Schloß“ von Franz Kafka (Kafka, 1963). Je mehr die Romanfigur (der Landvermesser K.) versucht in das Schloss zu gelangen, desto weiter entfernt er sich von seinem Ziel. Wie immer man auch forschen mag, so gewinnt man nichts, als Bilder und Namen. Man gleicht Einem, der um ein Schloss herumgeht um vergeblich einen Eingang zu suchen und nichts desto trotz, können wir aber nur die Fassade skizzieren. Ich habe in einer vorherigen Arbeit diesen Sachverhalt behandelt (Giertz, 2011). Ich wollte damals auf die Grenzen der Wissenschaft hinweisen und habe am Beispiel der Psychoanalyse versucht dies darzustellen. In dieser Arbeit lege ich den Schwerpunkt dahingehend, dass wir die Wissenschaft brauchen um uns als Sozialarbeiter oder Helferberufstätige in der Praxis zu bewegen. Oder wie Bergson es formuliert: „Die Wissenschaft ist die Gehilfin unseres Handelns (Bergson, 1946, S. 144).“ Die im Verlauf der Arbeit aufgeführten Theoriesysteme bilden eine Landkarte auf denen sich der Praktiker oder Theoretiker bewegen kann. „Ein Nutzen der Theorie besteht darin, dass sie begriffliche Kategorien vorbereitet, innerhalb deren der Theoretiker und der Praktiker ihre Fragen formulieren bzw. ihr Handeln reflektieren oder vorbereiten können (Weizenbaum, 1976, S. 193).“ Etwas was ich für mich als *a priori* gegeben betrachte, ist die Ursachen von psychischen Störungen auf der Grundlage der frühkindlichen Entwicklung zu suchen. In meinen Augen ist das Kind jederzeit im Erwachsenen lebendig. Man kann mir diesen Standpunkt als dogmatische Sünde anrechnen, aber ich weigere mich selbst die Ursachen von psychotischen oder schizoiden Störungsbildern auf der Grundlage einer rein medizinischen und neurologischen Erklärung zurückzuführen. Dies würde zu einem Pessimismus innerhalb der Behandlung und Heilung führen, den ich ethisch verwerflich finde.³ Ich habe zunehmend den Eindruck gewonnen, dass eine erfolgreiche Behandlung von psychotischen-, schizophrenen- u. borderline-Patienten aufgrund der psychoanalytischen und der sozialpsychiatrischen Erkenntnisse möglich ist⁴. Dennoch stehen diese Erkenntnisse im Kontrast mit unseren derzeitigen herrschenden Versorgungssystemen.

² Viele psychoanalytische Theoretiker stellen oft nicht mehr das Strukturmodell in den Mittelpunkt ihrer Aufmerksamkeit. Eher stehen Objekt – Affekt – Dyaden (siehe Kernberg), das Selbst (Winnicott, Stern, Kohut, Fonagy) oder innere Arbeitsmodelle (siehe Bindungspsychologie Bowlby) als ebenso abstrakte Begrifflichkeiten im Vordergrund.

³ Die psychischen Leiden, die geistige Fähigkeit, die moralische Anlagen, die Aggressionsbereitschaft, der Charakter, das gesamte menschliche Verhalten wird nach dem medizinischen und neurologischen Erklärungsansatzes, auf einen biologischen Determinismus (Folge der Biochemie einer bestimmten Zelle) zurückgeführt. Ein Versuch durch gesellschaftliche Veränderung oder durch Psychotherapie die Lebensqualität des Menschen zu verbessern, erscheint aus dieser Sicht sinnlos (Rufer, 1991).

⁴ Zu dieser persönlichen Annahme haben vor allem die Arbeiten von Herbert Rosenfeld (1954, 1963, 1987) Luc Ciompi (Ciompi, Hoffmann, & Broccard, 2001) oder die Arbeiten aus der Schiff – Schule (Schiff & Day, 1980) beigetragen.

Aufbau der Arbeit.

Durch Implikationen aus der Entwicklungspsychologie und Psychoanalyse können wir einen Einblick gewinnen in die innerpsychische Organisation unseres Gegenübers. Wir können unter anderem aus diesem theoretisch orientierten Einblick unser Handeln ableiten. Aber was viel wichtiger ist, wir gewinnen ein Verständnis für die manchmal sehr abstrakten Phänomene, die wir in der Begegnung mit psychisch kranken Menschen erleben und wir werden sensibilisiert, unsere eigene innere (Gefühls-) Welt innerhalb dieser Beziehung zu betrachten.

In einer Begegnung, die auf einem rein intuitiven Niveau basiert, kann es passieren, dass wir als Helfer selbst eigene „kranke Anteile“ unserer Persönlichkeit in diese Begegnung einfließen lassen. Und daraus können erhebliche Konsequenzen entstehen. Zum einen für uns selbst und zum anderen für unser Gegenüber. Ich möchte versuchen dem Leser einen Überblick zu verschaffen, der diesen Sachverhalt eingehend behandelt. Mein großes Interesse gilt dabei der Objektbeziehungstheorie, die ich im ersten Teil dieser Arbeit darstellen möchte. Der Titel „Innere Welt und äußere Realität“, der diesen Abschnitt bezeichnet, stammt von dem gleichnamigen Buch von Otto Kernberg (1980). Kernberg versammelte in dieser Veröffentlichung wesentliche Beiträge von Theoretikern, die die Entwicklung der Objektbeziehungstheorie und der Psychoanalyse stark beeinflusst haben.⁵

Ich möchte in diesem Teil ebenfalls wesentliche Beiträge von Vertretern der Objektbeziehungstheorie aufführen und einer kritischen Betrachtung unterziehen. Leider kann ich aufgrund des Umfangs dieser Arbeit nur auf wesentliche Aspekte eingehen. Wie auch in allen anderen Kapiteln, werde ich bestimmte Aspekte hervorheben und andere Aspekte (die mir nicht für unsere Zwecke wesentlich erscheinen) nur anführen oder den Leser darauf verweisen. Den Titel „Innere Welt und äußere Realität“ fand ich sehr geeignet, weil er dem Leser suggeriert, dass eine Polarität zwischen innerer Welt und äußerer Realität besteht. Es existiert eine innerpsychische Organisation im Menschen, die die Wahrnehmung der äußeren Realität (in zwischenmenschlichen Beziehungen) stark beeinflusst. Diese innere Welt muss nicht unbedingt mit der äußeren Realität kompatibel sein. Aber wie wir noch sehen werden, wird diese innere Organisation vor allem in den ersten Lebensmonaten des menschlichen Individuums stark durch sie beeinflusst. Eine starke Diskrepanz in der Wahrnehmung zwischen innerer und äußerer Welt finden wir bei autistischen oder psychotischen Störungsbildern. Aber wie Freud schon längst erkannt hat wendet sich auch der Neurotiker von der Realität ab, weil er sie – ihr Ganzes o. Stücke derselben – unerträglich findet (Freud S., 1911, S. 29ff). Ich werde mich in diesem Kapitel damit beschäftigen, wie sich diese innere Welt (Organisation) bei einem Individuum bildet und an welchen Stellen dieser Entwicklung es zu schweren pathologischen Formen kommt, die bis in das erwachsene Leben des menschlichen Individuums andauern.

Der zweite Teil dieser Arbeit beschäftigt sich mit der Borderline- Persönlichkeitsstörung. Die Erkenntnisse der Objektbeziehungstheorie aber auch der Ich- Psychologie haben das

⁵ Kernberg unterzog jeder Theorie, die er in seiner Veröffentlichung aufführte einer kritische Betrachtung. Was ich persönlich sehr schade finde ist, dass Kernberg keine entwicklungspsychologischen Erkenntnisse in seiner Kritik und Evaluation mit einbezog. Dies geht wahrscheinlich auf seine durch und durch klinische Auslegung zurück.

Verständnis für die Borderline- Persönlichkeitsstörung möglich gemacht. Ich werde mit Hilfe der psychoanalytischen Theorie versuchen die psychische Organisation der Borderline-Persönlichkeit darzustellen und aus dieser Organisation wesentliche Symptome oder Verhaltensweisen der Borderline- Persönlichkeit ableiten/ erklären. Dieses Wissen kann uns als Praktiker dazu dienen mit einer Klienten / Patientengruppe zu arbeiten, die innerhalb der Praxis ein sehr schlechtes Stigma besitzt. Das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist sehr komplex und diese Komplexität werde ich versuchen darzustellen. Weiterhin werde ich aus diesem theoretischen Fundus Möglichkeiten für die praktische Arbeit innerhalb der Sozialen Arbeit und der Sozialpsychiatrie im groben aufzeigen.

Um dem Leser auch einen historischen Überblick zu ermöglichen, habe ich eine Zitierweise verwendet die ungeläufig ist. Die angegebene Jahreszahl innerhalb der Klammer betrifft immer das Jahr der Ersterscheinung einer Publikation. Im Literaturverzeichnis habe ich dann die Veröffentlichung angegeben, auf die ich mich innerhalb dieser Arbeit beziehe. Eine Ausnahme bilden alle Quellen, die im Zeitraum der Ersterscheinung und erweiterten Auflage überarbeitet, erweitert oder verändert wurden, dann beziehe ich mich auf die Veröffentlichung, die mir persönlich zur Verfügung stand

Dank.

„Wenn die Beziehungen zu anderen verquer, vertracht sind, dann kann der andere nur die Hölle sein. Weil die anderen im Grunde das wichtigste in uns selbst sind für unsere eigene Kenntnis von uns selbst. Wenn wir über uns nachdenken, wenn wir versuchen, uns zu erklimmen, benutzen wir im Grunde Kenntnis, die die anderen über uns schon haben, uns zu unserer Beurteilung gegeben haben. Was ich über mich sage, immer spielt das Urteil anderer hinein. Wenn meine Beziehungen schlecht sind, begeben mich in die totale Abhängigkeit von anderen und dann bin ich tatsächlich in der Hölle (Sartre, 1949, S.61).“ Ich danke also jenen die mich „wohl temperiert“ und mein Selbstbild positiv beeinflusst haben. Ein besonderer Dank gilt vor allem meinen engsten Freunden Sylvie Schulze, Birgit Hacker und Thorsten Folkmer, die mich während meines Studiums begleitet haben. In den gemeinsamen Diskussionen habe ich viele Anregung bekommen, die ich ins Studium mitgenommen habe. Ich bedanke mich auch bei meinen Eltern, die mir durch finanzielle Unterstützung das Studium ermöglichten. Aufgrund der Tatsache, dass ich keinen Anspruch auf Bafög habe, konnte ich ohne die Bereitschaft meiner Eltern das Studium nicht absolvieren. Ebenfalls wäre es auch nicht möglich gewesen, meiner Leidenschaft für Fachliteratur nachzugehen. Das Studium hat in mir neue Ressourcen und neue Perspektiven frei gelegt. Meine Motivation ist nicht dadurch gekennzeichnet, dass ich einer Verpflichtung nachgehe, die mir einen Abschluss ermöglicht, sondern eher ist meine Motivation dadurch gekennzeichnet, dass es mir Spaß macht und einem Hobby gleicht, welchem ich gerne nachgehe. An dieser Stelle bedanke ich mich bei den Professoren der Fachhochschule Neubrandenburg, die meine Neugier, meine Motivation und meine kritische Haltung akzeptiert und durch neue Impulse gefüttert haben. Ein besonderer Dank gilt auch meinen Kollegen der Wohnanlage Anker in Schwerin, die mich während meines Studiums begleitet haben. Neben dem Studium bin ich einer ehrenamtlichen Tätigkeit nachgegangen, die ich in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen geleistet habe. Diese Tätigkeit stellte eine perfekte Ergänzung neben dem Studium dar und ich bedanke mich bei denen, die mir diese Tätigkeit ermöglicht haben. Desweiteren bedanke ich mich für das Vertrauen, welches mir entgegengebracht wurde und hoffe auch einige Impulse aus dem Studium innerhalb meines praktischen Rahmens umgesetzt bzw. gesetzt zu haben.

Einleitung.

Zu Beginn möchte ich einen kleinen Überblick über die Entwicklung der Psychoanalyse rekonstruieren. Dieser kurze Ausschnitt soll dem Leser ermöglichen in den komplexen Themenbereich der folgenden Seiten einzusteigen und eine Verbindung zwischen dem Vergangenen und Gegenwärtigen herzustellen.

Die Geburtsstunde der Psychoanalyse begann als Sigmund Freud mit seinem Kollegen Josef Breuer und der hochintellektuellen Patientin Anna O. die sog. „kathartische“ Methode entwickelte. Nach dieser Methode wurde angenommen, dass ein traumatisches Erlebnis dazu führte, dass ein bestimmter Affekt, der für das bestehende „hysterische“ Symptom verantwortlich war, verdrängt wurde. Gelang es in der Hypnose das traumatische Erlebnis und den verdrängten Affekt in die Erinnerung zu rufen, verschwanden im Anschluss das bestehende Symptom des Patienten (Breuer u. Freud, 1895). Es gelang Freud dennoch nicht, alle Patienten in die Hypnose zu versetzen. Somit modifizierte er die Behandlung und ließ seine Analysanden frei assoziieren. Dabei traf er auf einen Widerstand von Seiten seiner Patienten, der den Zugang zu jener Erinnerung nur langsam ermöglichte (er postulierte später daraus den Abwehrvorgang der Verdrängung). Durch die Erkenntnis dieses Widerstandes und der Erfahrungen in der Traumdeutung und Selbstanalyse entstand die Auffassung eines unbewussten, bewussten und vorbewussten Bereiches der Psyche innerhalb des Menschen (Freud, 1912, 1915). In einem weiteren Stadium der Entwicklung der Psychoanalyse ergab die Analyse, dass viele Analysanden über infantile sexuelle Phantasien gegenüber einem Elternteil berichteten. Anhand dieses klinischen Materials rekonstruierte Freud seine Entwicklungspsychologie, in der in der sexuellen Verführung des Kindes die Ursache von neurotischen Symptomen zu finden war (siehe Gillespie, 1989, S. 55ff). Ebenfalls entdeckte Freud, dass die assoziierten psychischen Inhalte nicht der Realität entsprachen, sondern mit unbewussten Wünschen zusammenhingen. Freud konzentrierte sich daher auf die Bedeutung von Trieben (Sexualtriebe u. Ich-Triebe), die als Antriebskraft der Persönlichkeitsentwicklung und in verzerrter Form in der Psychopathologie zu finden war (Freud, 1915a).⁶ Diese Triebe erzeugten biologische Spannungszustände, repräsentieren mentale Wünsche und suchen bei äußeren Objekten nach Gratifikation. Das Individuum, welches von primitiven biologischen Strebungen beherrscht ist, muss im Laufe seiner Entwicklung lernen, diese unter Kontrolle zu bringen, um den gesellschaftlichen Ansprüchen gerecht zu werden (Freud, 1940, S.44ff).

Durch die Ereignisse des ersten Weltkrieges und durch die psychoanalytische Praxis der Jahre 1910 bis 1920 wurde Freud in zunehmenden Maße der Bedeutung unbewusster, selbstdestruktiver und selbststrafender Tendenzen im Seelenleben bewusst.⁷ Er postulierte einen zweiten Trieb, den Aggressionstrieb (Todestrieb), der durch Aufhebung oder durch Destruktion befriedigt wird und bildete somit seine duale Triebtheorie (Freud, 1920).⁸ Dieser

⁶ In der psychoanalytischen Literatur befindet sich die Quelle der Triebe im Somatischen (z.B. erogene Zonen). Zudem werden die Triebe als ein psychophysisches Phänomen betrachtet, welches im Grenzgebiet zwischen Somatischen und Seelischen stattfindet (Freud, 1915a, S. 84ff).

⁷ Freud führte in diesem Zeitraum zusammen mit Karl Abraham Behandlungen durch mit Patienten die unter depressiven Schüben litten.

⁸ Ebenso wie die Sexualtriebe müssen auch die Aggressionstribe innerhalb der Entwicklung abgewehrt und kontrolliert werden.

Erklärungsansatz hatte lange Zeit ein beachtliches Erklärungspotential innerhalb der Psychoanalyse. Freud verlegte seine anfängliche Traumatheorie auf das Triebmodell, dass sich das Ziel der Behandlung nicht länger mit der Aufdeckung von Traumata beschäftigte, sondern der Integration von nicht akzeptablen unbewussten Wünschen, deren Verdrängung als Ursache der Neurose betrachtet wurde. Der letzte Schritt der Entwicklung der klassischen Psychoanalyse endete mit der Entwicklung des Konzepts, die Psyche als einen psychischen Apparat (Es, Ich u. Über-Ich) aufzufassen (Freud, 1923). Freuds letzte eigene Zweifel wurden damit aus dem Weg geräumt und die metapsychologische Theorie (eine Analogie zur Metaphysik) war nun „mehr oder weniger“ komplett.

Das revolutionäre an Freuds Theorie war zum einen, dass er ein Unbewusstes postulierte, welches das Individuum beeinflusst, zum anderen wurde das Verständnis von Störungen im Erwachsenenalter auf der Grundlage von infantiler und frühkindlicher Erfahrungen formuliert. Freuds Zeitgenossen arbeiteten auf dieser Grundlage das Modell weiter aus. Karl Abraham ergänzte Freuds psychosexuelle Entwicklung durch Supphasen (Abraham, 1924b). Otto Rank postulierte ein sog. „Geburtstrauma“, welches in einem späteren Zeitraum sämtlichen Abwehrmaßnahmen, Konflikten und Strebungen zugrundeliegt (Janus, 1987). Alfred Adler betonte das Minderwertigkeitsgefühl des Kindes als Ursache des Strebens nach Macht und Reife im Erwachsenenalter (Adler, 1927).

Einer der wichtigsten Weiterentwicklungen innerhalb der Psychoanalyse rief allerdings die Ich – Psychologie (Hartmann, Freud A.) und die Objektbeziehungstheorie (Klein, Fairbairn, Winnicott) hervor. Die Ich - Psychologie konzentrierte sich nicht nur auf die Bedeutung der Triebe aus dem Es sondern das Ich und deren Abwehr stand im Zentrum des Interesses der Behandlung und Theorie (siehe Freud A., 1966). Hartmann, Kris und Loewenstein entwickelten Freuds Strukturmodell der Psyche entscheidend weiter. Nach Hartmann ist das Ich und das Es ein Produkt einer gemeinsamen Differenzierung (Hartmann, 1939a). Dies bedeutet unter anderem, dass ohne Ich kein Es bestehen kann. Dennoch wird dem Ich eine autonome Stellung eingeräumt. Ebenfalls besitzt nicht nur das Es angeborene, biologische Apparate, sondern Hartmann postulierte, dass auch das Ich Besitzer angeborener und biologischer Apparate ist (z.B. Wahrnehmung, Denken, Sprache usw.), die den Kontakt zur Außenwelt ermöglichen. Zusammenfassend kann man sagen, dass die Ich - Psychologie entscheidend für das Verständnis der Anpassungsfunktion an die Realität/ Außenwelt des Ichs beigetragen hat und der Weiterentwicklung des freudschen Strukturmodells.⁹ Was wiederum ein Verständnis für schwere Psychopathologien, die keinem neurotischen Krankheitskreis zuzuordnen sind, und deren Behandlung ermöglichte.¹⁰ Die Ich- Psychologie setzte mit ihren Erkenntnissen über das Ich und die intrapsychische Struktur unter anderem Impulse frei, die eine Modifizierung innerhalb der klassischen psychoanalytischen Technik bewirkte und das was wir heute psychoanalytisch- orientierte Psychotherapie bezeichnen hervorbrachte (siehe auch Blanck & Blanck, 1974). Parallel zu der Entwicklung der Ich - Psychologie verlief die Entwicklung der Objektbeziehungstheorie, welche gerne als kopernikanische Wende innerhalb der Psychoanalyse bez. wird. Die Theorie der inneren Objektbeziehungen erhielt vor allem durch Otto Kernberg einen hohen Bekanntheitsgrad und gibt derzeit den entscheidenden Ton innerhalb der Psychoanalyse an. Das entscheidende Verständnis der menschlichen Psyche wurde allerdings durch eine Integration der

⁹ Mit dem Begriff Anpassung ist nicht nur eine Anpassung im „psychisch gesunden Sinne“ gemeint, sondern auch eine pathologische Struktur kann als Anpassung aufgefasst werden (Hartmann, 1939b, S. 25ff).

¹⁰ Ich werde im Laufe dieser Arbeit nicht näher auf die Ich- Psychologie eingehen. Aber in Kapitel 1.3. werde ich einige wesentliche Gedanken der Ich- Psychologie erörtern die Jacobson in ihre Terminologie integrierte.

Erkenntnisse der Ich - Psychologie und Objektbeziehungstheorie erreicht. Dies wurde vor allem durch die Beiträge von Edith Jacobson, Margarete S. Mahler, Otto Kernberg und Joseph Sandler usw. ermöglicht. Aufgrund der unterschiedlichsten Weiterentwicklungen durch andere Theoretiker und Integrationen in verschiedene theoretische Ansätze ist es schwer, eine genaue Definition der Objektbeziehungstheorie zu formulieren. Sandler & Sandler beschreiben es wie folgt „die Theorie der inneren Objektbeziehungen u. ihre klinische Anwendung sind schwer zu diskutieren, weil nicht klar ist, was eine Theorie der Objektbeziehungen alles umfasst (Sandler & Sandler, 1998, S. 155).“¹¹ Eine Beschreibung des Ansatzes der inneren Objektbeziehungen gab Kernberg ab. „Ein Kennzeichen dieses Ansatzes innerhalb der psychoanalytischen Metapsychologie ist, das er beschreibt, wie dyadische Mutter - Säuglings - Beziehungen wurzeln, mental repräsentiert werden u. wie später auf der Grundlage dieser ursprünglichen Beziehung dyadische, triadische u. multiple innere u. äußere interpersonale Beziehungen im allg. entwickelt werden (Kernberg, 1976, S.54).“ Desweiterin ist darauf hinzuweisen, dass die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie sich nicht nur mit der Internalisierung zwischenmenschlicher Beziehungen beschäftigt, sondern einen Beitrag zur normalen und pathologischen Ich und Überich Entwicklung und den Wechselwirkungen zwischen intrapsychischen und zwischenmenschlichen Objektbeziehungen geleistet hat. Im Zentrum stehen also die frühkindlichen Beziehungserfahrungen, die entscheidend für die Persönlichkeitsentwicklung sind. „Die Erfahrung mit Objekten hinterlässt Gedächtnisspuren, die für die Denkfähigkeit nutzbar gemacht werden können und die das effiziente Funktionieren der Psyche, sowohl auf der Gedächtnisebene als auch im motorischen Bereich, erleichtern (Volkan, 1976, S.39).“ D.h. unter anderem, dass die frühen Beziehungserfahrungen als innere Objektrepräsentanzen, die mit den Selbstrepräsentanzen in einer interaktiven Beziehung stehen, internalisiert werden und eine dauerhafte intrapsychische Struktur ergeben, die unbewußt oder bewußt im subjektiven Erleben dargestellt wird und sich in einer Interaktion zwischen zwei Menschen Ding fest machen lässt. Dieses organisierte Gesamtkonstrukt beeinflusst die Wahrnehmung, das Phantasieren, das Denken, die Bewertung aktueller Objektbeziehungen und viele weitere Aspekte des Erlebens und des Handelns (Sandler & Sandler, 1998). In einer anderen Veröffentlichung wies Kernberg darauf hin, dass „unbewußte intrapsychische Konflikte niemals nur einfache Konflikte zwischen Impuls und Abwehr sind, vielmehr findet der Triebabkömmling in einer bestimmten primitiven Objektbeziehung Ausdruck, u. auch die Abwehr spiegelt sich in einer bestimmten verinnerlichten Objektbeziehung (Kernberg, 1980, S. 175).“ Dieses Zitat weist darauf hin, dass sich durch den Einfluss der Objektbeziehungstheorie innerhalb der psychoanalytischen Szene eine Wendung ereignet hat, die die Bedeutung der äußeren wie inneren Objekte für das Verständnis von Psychopathologien und der menschlichen Psyche durch eine Integration in den triebtheoretischen Ansatz erweitert hat. Die klassische Triebpsychologie betrachtete den Trieb oder das affektive Erleben vorrangig isoliert. Während durch den Einfluss der Objektbeziehungstheorie das affektive Erleben und die Triebchicksale nicht mehr isoliert, sondern immer in Relation mit einer Selbst- und Objektrepräsentanz und der dazugehörigen Objektbeziehung betrachtet wird. Das heißt aber auch, dass jede Theorie, die in irgendeiner Form in ihrer theoretischen Auslegung unbewusste Konflikte und psychische Strukturen durch Introjektions- und Internalisierungsvorgänge von Objektbeziehungen erklären und thematisieren, gleichzeitig in die Kategorie Objektbeziehungstheorie klassifiziert

¹¹ Bspw. sprach auch Freud immer wieder von Objekten, Objektsuche, Objektimages oder Objektliebe denn ohne äußere Objekte könnten die Triebe nicht befriedigt werden.

werden kann. Fonagy und Target fassten eine Übersicht zusammen, welche Möglichkeiten derzeit bestehen, die verschiedenen psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien durch strukturelle, elementare und spezifische charakteristische Merkmale in eine Klassifikation einzuordnen (siehe Fonagy & Target, 2003). Es geht mir im Folgenden nicht darum, die bestehende „psychoanalytische objektbeziehungstheoretische klassifizierte Landschaft“ darzustellen. Auch wenn das erste Kapitel „Die Entwicklung der Objektbeziehungstheorie“ lautet. So müsste ich diese Entwicklung angefangen von Freud, Abraham, Ferenczi über Hartmann, A. Freud, Klein, Fairbairn, Winnicott, Jacobson, Mahler, Kernberg, Sandler usw. rekonstruieren.

In diesem Teil der Arbeit geht es mir im Folgenden darum, die Entwicklung der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie dahingehend zu rekonstruieren, wie sie das Verständnis für schwere Persönlichkeitsstörungen – vor allem der Borderline-Persönlichkeitsstörung – entscheidend beeinflusst hat. Ich werde wesentliche Beiträge darstellen und sie auf ihre fundamentale Bedeutung für die Entwicklung der psychoanalytischen Theorie und dem Verständnis der Psychopathologie untersuchen. Desweiterin werde ich jede einzelne Theorie, einer kritischen Betrachtung unterziehen. Zu Beginn stelle ich die theoretische Konzeption von Melanie Klein vor. Während Freud und seine Zeitgenossen die Ursachen von neurotischen Konflikten in der phallischen- ödipalen Phase vermuteten, konzentrierte sich Klein auf eine noch frühere Zeitraum und welchen Einfluss frühkindliche Objektbeziehungen in dieser Phase auf die Entwicklung des Kindes haben. Ihr wesentlicher Beitrag bestand darin, dass sie die Ängste mit denen das Kleinkind in der frühkindlichen Entwicklung konfrontiert wird, für das Verständnis von psychischen Störungen im Erwachsenenalter hervorhob. Schon bereits in den zwanziger Jahren betonte sie die Bedeutung sehr früher internalisierter Objektbeziehungen für die Determinierung intrapsychischer Konflikte und psychischer Strukturen und ist damit einer der Wegbereiter der Objektbeziehungstheorie. Desweiterin definierte sie den Abwehrmechanismus der Spaltung, welcher zwar von Freud 1938 schon erkannt wurde, aber keine wesentliche Bedeutung für das Verständnis von pathologischen Phänomenen zugeschrieben wurde (Freud, 1938 [1940]). Aber auch der Abwehrmechanismus der projektiven Identifizierung wurde von Klein formuliert und von ihren Nachfolgern genauer definiert und findet bis heute in der klinischen Praxis Verwendung. Die zweite Theorie ist die von Fairbairn, welche sich dahingehend auszeichnen, dass Fairbairn die Entwicklung der Libido immer in Relation zur Entwicklung der Objektbeziehung betrachtete. Er stellte die klassische Auffassung der Triebtheorie in Frage und betrachtete den Trieb bzw. den Triebimpuls immer in Verbindung mit einer dazugehörigen Objektkomponente. Die dritte Theorie ist die Differenzierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen im Laufe der frühkindlichen Entwicklung von Edith Jacobson. Sie verfasste einen ersten Beitrag, in dem die strukturelle Entwicklung von Es, Über-Ich und Ich, sowie die Identitätsentwicklung im Lichte der Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen thematisiert werden. Durch ihren Beitrag hat das psychoanalytische Verständnis von psychischen Störungen sehr stark profitiert. Die vierte Theorie ist die Theorie der Separation und Individuation von Margarete S. Mahler. Blanck und Blanck schrieben zum Beitrag Mahler's folgendes: „Mahler's Beiträge eignen sich besser als die aller anderen Theoretiker zur Aufstellung eindeutiger Hypothesen über den Charakter von Borderline- Phänomenen u. ihre Umsetzung in praktische Maßnahmen (Blanck & Blanck, 1974, S. 73).“ Auch Mahler's Beitrag beschäftigt sich im Wesentlichen mit der Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen und dem Aufbau psychischer Entitäten. Mahler's Beitrag stützt sich im Unterschied anderer Theoretiker nicht nur auf klinische Beobachtungen, sondern auch auf entwicklungspsychologische Empirie.

Die Darstellung dieser vier Theorien, sollen dem Leser einige Grundannahmen der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie vermitteln. Der erste Teil dieser Arbeit stellt dem Leser Grundlagen bereit, die im zweiten Teil der Arbeit von Bedeutung sein werden. Die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie (bzw. ihre Weiterentwicklung) hat das Verständnis schwerer Persönlichkeitsstörung – vor allem das Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung – sehr stark bereichert. Wir können mit Hilfe dieser Theorie die pathologischen Phänomene besser bewerten und verstehen. Desweiterin können wir aus dem theoretischen Fundus, den diese Theorie uns bietet, Implikationen ziehen, die für praktische Interventionen relevant sind.

Kapitel 1 : Die Entwicklung der Objektbeziehungstheorie.

1.1. Neid und Dankbarkeit - Melanie Klein und ihre Nachfolger.

Wie so oft profitierte der wissenschaftliche Fortschritt durch die Entdeckung einer neuen Technik. Etwas Ähnliches spielte sich auch in der Psychoanalyse ab. So hieß die neue Technik der analytischen Forschung „Kinderanalyse“. Die Kinderanalyse war der Ausgangspunkt und die Quelle der analytischen Forschung Melanie Kleins, die ihr den Zugang zu den frühkindlichen Konflikten eröffnete (Klein, 1955)¹². Wie der Erwachsene seine Phantasien in Wortassoziationen zum Ausdruck bringt, so sehen wir im Spiel des Kindes eine Wiederholung wirklicher Erlebnisse, die häufig mit Phantasien vermischt sind. Klein erforschte die Entwicklung des Ichs und Über - Ichs im Lichte früher Beziehungen zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson. Bis 1935 arbeitete M. Klein innerhalb des theoretischen Bezugsrahmens von Sigmund Freud und Karl Abraham, um danach mit ihren Beiträgen über die depressive Position (Klein, 1935, 1940) ihrer Beschreibung der paranoiden- schizoiden Position (Klein, 1946) eine eigene psychoanalytischen Tradition zu begründen.

Die Arbeit mit Kindern eröffneten Klein neue Kenntnisse. So war sie von der Tatsache beeindruckt, dass Kinder Objektimages besaßen, die weit aus grausamer und strenger waren als das reale Bild ihrer Eltern. Sie nahm an, dass dieses innere Bild durch sadistische Phantasien verzerrt und mit der realen Außenwelt nicht kompatibel war. Ebenfalls bemerkte sie das ein Über - Ich schon bereits viel früher vorhanden ist, als in der klassischen Theorie zu erwarten war. Das gleiche gilt für die Phantasien und Ängste die Freud der ödipalen Phase zuschrieb. Sie rekonstruierte aus dem analytischen Material eine Entwicklungspsychologie, in der durch Projektion und Introjektion eine innere Welt der Objekte aufgebaut wird und Stück für Stück ein reales Bild der Eltern entsteht. Sowohl die Introjektion, Projektion und die Spaltung sind Abwehrmechanismen, die in ihrer Terminologie (im Gegensatz zu Freud) vor der Verdrängung bestehen. In ihrer Entwicklungspsychologie setzt sich das Kleinkind mit Ängsten auseinander, die während der paranoiden- schizoiden Position und der depressiven Position durch die Fähigkeit des Ichs eine Modifikation erfahren. Ist das Ich während dieser Entwicklung fähig diese Ängste mit Hilfe überwiegend guter Erfahrungen aus der Außenwelt zu modifizieren, entsteht ein Weg für die normale Entwicklung des Seelenlebens des Kleinkindes. Ist das Ich überwältigt von Ängsten, fühlt es sich gezwungen diese Ängste durch Abwehrmaßnahmen zu bewältigen. Unter ungünstigen Umständen kann das Ich regredieren, wodurch die Abwehrmechanismen zu einer pathologischen Form und Desintegration des Ichs innerhalb der Psyche führen. Diese theoretische Auslegung impliziert das ein Ich von Geburt an vorhanden ist (wenn auch noch unorganisiert). Das unreife Ich des Kindes ist von Geburt an der Angst ausgesetzt, die durch eine angeborene Triebpolarität (Libido- u. Todestrieb) ausgelöst wird.

Am Anfang des post- natalen Daseins erlebt der Säugling aus innerer und äußerer Quelle Angst. Klein führte diese Quelle aus dem von Freud (1920) begründeten Todestrieb zurück (Klein, 1960). Durch das Geburtstrauma entsteht ein erlittener Verlust des intrauterinen Zustands, der als feindlicher Angriff empfunden wird. Das Wirken des Todestriebes, der durch das Geburtstrauma (Trennungsangst) verstärkt wird, erzeugt eine Furcht vor Vernichtung.

¹² Melanie Klein gilt zusammen mit Anna Freud als Begründerin der Kinderanalyse und begann 1920 ihre Arbeit mit Kindern unter sechs Jahren.

In dieser Zeit stellt die befriedigende mütterliche Brust in der kindlichen Phantasie ein Objekt dar, welches die verlorene vorgeburtliche Einheit widerherstellen soll. Klein vermutete, dass die mütterliche Brust die erste Objektbeziehung im Leben des Säuglings darstellt und als ein Teilobjekt der Mutter wahrgenommen wird (Klein, 1935). Ein Teil der angeboren libidinösen und aggressiven Triebe wird auf die mütterliche Brust projiziert je nachdem ob sie zur Befriedigung oder Angst führt. Diese Wechselwirkung entspricht der Fusion von Libido und Todestrieb. In Perioden die frei von Spannungs- und Hungerzuständen sind, erlebt der Säugling ein optimales Gleichgewicht zwischen den Trieben. Das Gleichgewicht wird dann gestört, wenn in Folge von Versagung durch äußere und innere Ursachen aggressive Triebe verstärkt werden. Die angeborene Aggression (als Manifestation des Todestriebs) wird auf die mütterliche Brust projiziert, wenn das Fehlen der Brust als ein Mangel erlebt wird. Das Ausbleiben der mütterlichen Brust wird in der Wahrnehmung des Säuglings als Lebensgefahr empfunden.

Durch den Druck und der Angst die vom Todestrieb ausgeht, versucht das Ich, ein Teil der Aggression auf die mütterliche Brust zu projizieren, um damit für Entlastung zu sorgen. Gleichzeitig löst die Projektion eine Verfolgungsangst aus, wenn der Säugling seine oralsadistischen Phantasien nach außen projiziert, wird auch das Zurückhalten der mütterlichen Brust als ein aggressives und willkürliches Zurückhalten von Seiten eines sadistischen Objekts empfunden.¹³ In der kindlichen Phantasie führen die sadistisch phantasierten Angriffe auf die mütterliche Brust zu Ängsten die mit der Befürchtung gekoppelt sind, dass die äußere Brust „zurückschlagen“ könnte. Dadurch entsteht in der Phantasie des Säuglings ein „böses“ Bild der äußeren Brust, welches Anlass gibt, diese als verschlingendes und destruktives inneres „böses“ Objekt zu introjizieren. Anders gesagt, die „böse“ Brust wird als äußerer Vertreter des Todestriebs erfahren. Durch die Introjektion wird auch das innere „böse“ Objekt zu einer inneren Gefahrenquelle (nach Klein liegt in dem inneren „bösen“ Objekt eine erste Form des Über- Ichs vor).¹⁴ Parallel zu diesen Projektions- und Introjektionsvorgangs des frühen Ichs, der den Zweck der Angstbewältigung erfüllt, projiziert das Ich ein Teil der Libido, um ein Objekt zu schaffen welches den Drang nach Erhaltung des Lebens befriedigt. Die mütterliche Brust, die die Bedürfnisse des Säuglings befriedigt, wird mit Libido besetzt und innerlich als ein „gutes“ Objekt bewahrt. Der Lebenstrieb (Libido) drückt sich ebenfalls von Geburt an in lustvollen Kontakten mit dem befriedigenden Objekt aus. „Ziel ist es ein Idealobjekt zu erwerben um es in seinem Inneren zu bewahren u. sich mit ihm zu identifizieren, gleichzeitig soll das böse Objekt u. diejenigen Teil des Selbst, die den Todestrieb enthalten, ausgesperrt werden (Segal, 1973, S. 47).“¹⁵ Das Ziel der Abwehrmaßnahmen des frühen Ichs ist es durch Projektion und Introjektion die idealen Objekte die zur Befriedigung führen, von den „bösen“ und verfolgenden Objekten auseinanderzuhalten. Dieser innerpsychische Prozess wird auch als Spaltung bezeichnet. Anders gesagt die Vorstellung der guten Mutter (die sich in der Wahrnehmung von Partialobjekten äußert) wird durch die Angst vor der Vorstellung der bösen Mutter abgespalten, um die gute Mutter zu schützen (nach Klein bildet das introjizierte „gute“ Objekt

¹³ Der orale Sadismus bildet eine Manifestation des Todestriebs und ist nach Klein von Geburt an vorhanden.

¹⁴ In Melanie Kleins Konzeption stellt vor allem das Stillen eine der ersten Objektbeziehungen dar. Eine Versagung der mütterlichen Brust bedeutet z.B. wenn das Bedürfnis des Säugling nach der mütterlichen Milch nicht befriedigt wird. Der Säugling empfindet dieses in seiner Phantasie als ein willkürliches und sadistisches Zurückhalten der mütterlichen Brust welche sein Überleben gefährdet. Vor allem wird dies durch das Gefühl des Hungers als ein vom Objekt zugefügten Schmerz empfunden.

¹⁵ In der kleinianischen Konzeption werden den Begriffen „Selbst und Ich“ eine gleiche Bedeutung zugeschrieben.

den Ichideal Teil des Über- Ichs). Eine der Hauptängste in dieser infantilen Phase ist die paranoide Angst vor verfolgenden Objekten, die drohen in das Ich einzudringen und das Selbst oder das innere Idealobjekt vernichten könnten. Ein weiteres Merkmal dieser Phase ist, dass der Zustand des Ichs und seiner Objekte durch Spaltung gekennzeichnet ist. Durch diese Annahmen wurde Melanie Klein geleitet von einer paranoiden- schizoiden Position zu sprechen. Diese erstreckt sich über die ersten drei oder vier Monate des Lebens aus (Klein, 1946).¹⁶ Ein Kennzeichen dieser Position ist, dass das Kleinkind noch nicht fähig ist, die Mutter als ganze Person wahrzunehmen, sondern die Beziehung ist gekennzeichnet durch Teilobjekte (Brust, Augen, Hände, Stimme usw.). Ein weiteres Merkmal dieser Position ist die Spaltung, welche durch Abwehrmaßnahmen wie Projektion, Introjektion, Verleugnung und Idealisierung aufrechterhalten wird und das Ich befähigt die bestehende Angst zu bewältigen. Die Spaltung schützt das Ich auf der einen Seite vor der Herrschaft und Vernichtung des inneren und äußeren „bösen“ Objekts, auf der anderen Seite wird gleichzeitig das innere und äußere „gute“ Objekt aufrechterhalten und vor der Anwesenheit/ Vernichtung des „bösen“ Objektes geschützt. Die „bösen“ Objekte und die Idealobjekte, sowie die verbundenen Erlebnisse dieser beiden Objektbeziehungen, werden strikt durch Verleugnung und Idealisierung getrennt gehalten. Somit befähigt sich das Kleinkind eine erste innere Organisation zu konstruieren.¹⁷ Die Spaltung ist nach Kleins Konzeption die Voraussetzung für die Integration des Ichs und ist ein Mechanismus der die normale Entwicklung des Kleinkindes einleitet. Ein weiterer Abwehrmechanismus dieser Position ist die projektive Identifikation bei der Teile des Selbst und innere Objekte abgespalten und in das äußere Objekt projiziert, das alsbald in Besitz genommen und mit den projizierten Teilen identifiziert wird (definiert nach Segal, 1973, S. 49). Ziel der projektiven Identifikation ist es auf der einen Seite die Kontrolle über das „böse“ Objekt zu gewinnen, um somit über eine Gefahrenquelle Herr zu werden und auf der anderen Seite die Trennung vor dem Idealobjekt zu vermeiden. Gelingt es dem Ich nicht durch die oben aufgezählten Mechanismen Herr über die Angst zu werden, kann es zu einer Desintegration des Ichs als Abwehrmaßnahme kommen. Die projektive Identifizierung nimmt dann eine pathologische Form an. Diese pathologische Form zeigt sich vor allem in psychotisch- pathologischen Erscheinungsformen (Klein, 1946). Wilfried Bion entwickelte den Mechanismus der projektiven Identifizierung weiter und führte an, dass es zum einen eine pathologische Form der projektiven Identifizierung welche mit Verständnislosigkeit zusammenhängt gibt und zum anderen eine Form bei der weniger pathologische Selbstanteile projiziert werden, sondern die der Fähigkeit für Empathie zugrundeliegt (Bion, 1963).

Die pathologische Form der projektiven Identifizierung hat zur Folge, dass keine Trennung zwischen „guten“ u. „bösen“ Objekten zu Stande kommt. Das Idealobjekt und das „böse“ Objekt werden in kleine Stücke zersplittert.¹⁸ Durch die Projektions- und Introjektionsvorgänge kann bei übermäßiger Angst und Verlusterfahrungen eine Vorherrschaft des „bösen“ Objekts entstehen und somit eine Verstärkung der Verfolgungsängste und Wahnbildungen. Die Realität wird dadurch immer schmerzlicher und grausamer, das Ich wendet sich von ihr ab. Es folgt zu einer Fixierung auf der paranoid-

¹⁶ Ursprünglich sprach Klein von einer paranoiden Position, durch die Erkenntnisse von Fairbairn Untersuchungen über „Schizoide Persönlichkeitsfaktoren“ (Fairbairn, 1940) führte sie den Begriff „schizoid“ ein.

¹⁷ Diese innere Organisation bildet die Grundlage für das reife Leben: 1. Die Spaltung ist die Grundlage eine Ordnung zu erlangen 2. Die Spaltung ist Voraussetzung einem Objekt Aufmerksamkeit zu geben und durch den Abwehrmechanismus der Idealisierung sich zu verlieben 3. Spaltung ist Voraussetzung der Verdrängung und auch der Grad der Verdrängung wird durch sie definiert 4. Projektive Identifizierung ist maßgeblich für die Fähigkeit des Einfühlungsvermögens.

¹⁸ Wilfried Bion nannte diese Objekte „bizarre Objekte“ (Bion, 1962).

schizoiden Position, die der Entstehung der Schizophrenie und paranoiden Psychose zugrunde liegt. Die spezifischen Ängste der paranoid-schizoiden Position werden im Erwachsenenleben reaktiviert.

Eine wichtige Emotion die auf die orale Aggression zurück geht und in der paranoid-schizoiden Position seinen Ursprung findet ist der Neid und die Gier. Klein machte darauf aufmerksam dass der Neid von der Eifersucht o. der Gier als Emotion strikt getrennt werden sollte (Klein, 1958, S. 229ff). Während Neid auf eine zweiseitige Beziehung beruht in der ein Subjekt die Eigenschaften oder den Besitz eines Objektes beneidet. Beruht die Eifersucht auf eine dreiseitige Beziehung in der das Subjekt nach dem geliebten Objekt strebt und den Rivalen beseitigen will.¹⁹ Der Neid hingegen entsteht aus der oralen Aggression und richtet sich gegen Teilobjekte z.B. die mütterliche Brust. Die mütterliche Brust stellt die Lebensquelle des Säuglings dar. Sobald der Säugling sich die Rolle der mütterlichen Brust als Quelle des Lebens bewusst wird, entsteht der Neid. Die lustvolle Erfahrung die die mütterliche Brust dem Säugling ermöglicht, erweckt in ihm den Wunsch selbst die Quelle dieser lustvollen Erfahrung zu sein. Durch die schmerzhaft Erfahrung des Neids entsteht die Gier im Säugling als Objektivierung des Todestriebes. Der Säugling empfindet das Bedürfnis alles Gute und Lustvolle aus dem Objekt herauszuholen auch wenn dies zur Zerstörung des Objektes beiträgt. Der Neid kann die schizoiden Mechanismen stark negativ beeinflussen. Da das Idealobjekt beneidet wird, projiziert der Säugling böse Teile von sich selber und die Verinnerlichung eines guten Objekts kann nicht erfolgen. Da eine Identifizierung mit einem „guten“ Objekt nicht stattfindet, kann die Spaltung ebenfalls nicht aufrechterhalten werden und die pathologische Form der projektiven Identifizierung nimmt ihren Platz ein. Ein dauerhaft bestehendes Neidgefühl im Säugling verhindert eine Integration des Ichs und die Verstärkung von Verfolgungsängsten.

Das Wachstum des Ichs hängt also entscheidend von der Qualität und Quantität guter Objekterfahrungen ab, die in dem Kleinkind allmählich ein Vertrauen gegenüber dem „guten“ Objekt erwecken und die Verfolgungsängste die vom „bösen“ Objekt ausgehen mildern. Unter anderem regt die Introjektion eines „guten“ Objektes die Projektion guter Gefühle nach außen an und das verstärkt wiederum die Introjektion des Gefühls, ein gutes inneres Objekt zu besitzen. Ist es dem Ich möglich ein Idealobjekt libidinös zu besetzen, so gilt dies als Voraussetzung für die Spaltung. Das mit Libido besetzte Objekt bildet den Kern der Ich-Identifizierung, was wiederum die Fähigkeit zur Integration der inneren und äußeren Welt verbessert. Dieser Prozess wird vor allem durch die Entwicklung der Perzeption und des Gedächtnisses unterstützt.

Allmählich verändert sich das Bild der Mutter von den Teilobjekten zu einem ganzen Bild des mütterlichen Körpers und der Mutter als Person mit einem eigenen Eigenleben. Nach Klein wird dadurch die depressive Position eingeleitet, die ihren Höhepunkt um die Mitte des ersten Lebensjahres hat. In dieser Phase werden die paranoiden Ängste durch Ambivalenzkonflikte modifiziert. Sowie sich die Objektwahrnehmung verändert, verändert sich auch das Ich. Mit der Wahrnehmung der Mutter als ganze Person lassen auch die Spaltungsmechanismen in „gut“ und „böse“ nach. Projektive Prozesse nehmen ab und die Ichintegration nimmt zu, so dass „gute“ und „böse“ Objekte näher zusammenrücken. Das Kind bemerkt das die Mutter dieselbe Person ist die geliebt und gehasst wird. Ein wesentliches Merkmal der depressiven Position ist es, dass das Idealobjekt und das verfolgende Objekt zusammen treffen und ein inneres, ganzes und ambivalentes Objekt

¹⁹ Die Konstellation der Eifersucht spielt vor allem in der ödipalen Beziehung eine große Rolle (Penisneid) und hat ihren Ursprung im Neid.

bilden. Das Kind entdeckt in der depressiven Position seine Hilflosigkeit, seine Abhängigkeit von der Mutter und seine Eifersucht auf andere Menschen. Mit der Integration des Ichs und dem Abnehmen der Projektionsvorgänge entdeckt das Kind die eigene psychische Realität. Es wird seinen eigenen Trieben und Phantasien bewusst. Eine der Hauptangst der depressiven Position ist es, dass das Kind das Gefühl hat seine früheren phantasierten destruktiven Regungen hätten das geliebte Objekt, von dem es abhängig ist zerstört. In der Abwesenheit des „guten“ Objektes erlebt das Kind eine Furcht von den „bösen“ „verfolgenden“ inneren wie äußeren Objekten zerstört zu werden. Das „gute“ Objekt bildet sozusagen eine Sicherheit vor den „verfolgenden“ Objekten. Durch die phantasierte Zerstörung, entstehen Angst und Schuldgefühle gefolgt von einer Depression die mit der Ambivalenz einhergeht. In der kindlichen Phantasie entstehen das Bedürfnis und der Wunsch durch Wiedergutmachung den angerichteten Schaden rückgängig zu machen. Misslingt die Wiedergutmachung führt dies zur Verzweiflung, gelingt sie führt dies zu neuer Hoffnung. In der kindlichen Phantasie drückt sich dies vor allem in der Anwesenheit und Abwesenheit der Mutter aus. Ist die Mutter abwesend, so hat das Kind Angst das geliebte Objekt zerstört zu haben und den inneren „verfolgenden“ Objekten ausgeliefert zu sein. Ist die Mutter anwesend, so entwickelt sich neue Hoffnung und ein Gefühl der Dankbarkeit gegenüber dem „guten“ Objekt entsteht.

Die Sorge und Schuldgefühle in Bezug auf das Objekt gehen teilweise auf das Interesse der Selbsterhaltung zurück, das jetzt realistischer orientiert ist. Da das Ich besser organisiert ist, führt dies zur Triebhemmung der aggressiven Triebe und die Spaltung geht in die Verdrängung über. Die psychotischen Mechanismen machen Platz für neurotische wie z.B. Hemmung, Verdrängung und Verschiebung.²⁰ Gegenüber den schmerzhaften Ängsten und Sorgen denen das Kind in Bezug auf sein geliebtes Objekt ausgesetzt ist, bedient sich das Ich der manischen Abwehr.²¹ Diese Abwehr hat zur Folge, dass die psychische Realität und Abhängigkeit an das äußere Objekt verleugnet wird (Klein, 1935). Die manische Abwehr wird vor allem durch Mechanismen der Idealisierung, Verleugnung und Allmacht aufgebaut. Die bestehenden Wiedergutmachungsphantasien und -aktivitäten leiten das Kind zu schöpferischen Impulsen an. „Durch die wiederholte Erfahrung von Verlust u. Wiedergutmachung eines Objekts wird die Intensität der depressiven Angst gemildert (Segal, 1973, S. 122).“ Der Wiedergutmachungsantrieb verstärkt die Realitätsprüfung. Mit zunehmender Erfahrung lernt das Kind allmählich die Kontrolle über sein Objekt aufzugeben und es so zu nehmen wie es ist. Dies wird vor allem mit dem auftretenden Gefühl der Dankbarkeit verbunden.

Klein wählte den Termini „Position“ um zu betonen, dass das beschreibende Phänomen nicht einfach ein vorübergehendes „Stadium“ oder eine „Phase“ ist. Sondern der Positionsbegriff schließt einen bestimmten Zusammenhang von Objektbeziehungen, Ängsten und Abwehrhaltungen ein, die das ganze Leben hindurch andauern. Psychische Reife bedeutet nach Kleins Auffassung, dass die depressive Position gegenüber der paranoid- schizoiden Position vorherrscht. Klein und ihre Nachfolger lehnen die Annahme ab, dass die Entwicklung irgendwann abgeschlossen und das Schwanken zwischen diesen Positionen beendet ist. Es kommt im Leben des Erwachsenen vor, dass er auf die paranoid- schizoide Position zurückfällt und sich der spezifischen Abwehrmechanismen bedient, um

²⁰ Mit dem Eintritt und der teilweisen Durcharbeitung der depressiven Position kann eine Fixierung auf diese Position den Ursprung für neurotische Störungen darstellen.

²¹ Die manische Abwehr ist ein Mechanismus der nach Klein für die gesunde Persönlichkeitsentwicklung förderlich ist. Nur wenn das Ich sich bedrängt fühlt und die manische Abwehr überwiegend zum Einsatz kommt, kann dies eine pathologische Form und Fixierung annehmen.

bestimmte Konflikte zu bewältigen. Es besteht immer ein Wechsel zwischen den beiden Positionen und je nach Integrationsgrad des Ichs ist das Individuum fähig spezifische Konflikte durch das auftretende Gefühl der Dankbarkeit (welcher schöpferische Impuls freisetzt) zu überwinden.

1.1.1. Kritik und Evaluation.

Wie ich bereits erwähnt habe gilt ein wesentlicher Beitrag Melanie Klein's, der Erkenntnis, dass die Ursachen psychischer Störungen nicht in der phallischen- ödipalen Phase, sondern in einer noch früheren Entwicklung des Kindes anzusiedeln sind. Klein hat das Säugling im Erwachsenen entdeckt. Auf dieser Grundlage arbeiteten Theoretiker wie Spitz, A. Freud, Winnicott, Bowlby, Mahler, Kohut u.a. weiter. Auch die Entwicklungspsychologie und bestehenden neurowissenschaftlichen Studien stellen Belege bereit, die diese Annahme bestätigen (Spitz, 1967, Stern, 1985, Mahler, 1968, Fonagy et. al., 2002, Brisch (Hrsg.), 2011). Ebenfalls scheint es bestätigt, dass der Säugling u.a. durch die von Klein angenommene Projektion und projektive Identifizierung schon frühzeitig fähig ist seine Umwelt aktiv zu beeinflussen und sein innerpsychisches und affektives Erleben zum Ausdruck bringt (Stern, 1977, 1985, Dornes, 1997). Allerdings geschieht dies während der frühen Kindheit in einer ursprünglichen unintentionalen und phantasiefreien Haltung und nicht unter den verzerrten intentionalen Absichten und phantasierten Motiven die Klein dem Säugling zuschreibt. Kleins fundamentaler Beitrag und Einfluss für die Psychoanalyse ist desweiterin die Sichtweise von Selbst und Objekten die gespalten und projiziert werden. Aus dieser Sichtweise ging die Vorstellung einer inneren Welt, in der das Subjekt mit inneren Objekten in Beziehung steht, und einer äußeren Welt, mit der das Subjekt über wiederholte Projektionen und Introjektionen im Austausch befindet, hervor. Je nachdem wie die Objektbeziehungen integriert werden, bilden sie die Grundlage für die Persönlichkeitsstruktur. Dieser Ansatz der von Klein erstmalig (zwar noch sehr ungenau) beschrieben wurde, wurde von vielen anderen Theoretikern integriert und ausdefiniert. Ob allerdings die frühen Objektbeziehungen innerhalb der kindlichen Phantasie die sadistischen Qualitäten haben, die Klein im Kleinkind vermutet, halte ich persönlich für fraglich. Desweiterin ist es fraglich ob ein Säugling schon in seinen ersten Lebenswochen und Monaten überhaupt solch derartige Phantasien z.B. von einer sadistischen Brust entwickeln kann. Die Entwicklungspsychologie schreibt dem Säugling erst nach 18 Monaten die Fähigkeit des Phantasierens zu (Dornes, 1997). Was wir allerdings als gegeben voraus setzen können ist, dass die Qualität früher Objektbeziehungen die Persönlichkeitsentwicklung entscheidend beeinflusst. Auch dieser Punkt wird durch entwicklungspsychologische und neurowissenschaftliche Beiträge bestätigt (Schore, 2009, Fonagy et. al., 2002, Bauer, 2004).

Melanie Klein übernahm die von Freud postulierte Theorie einer bestehenden dualistischen Polarität innerhalb der Psyche, die von Freud 1920 formuliert wurde und 1940 ihre klinische Bedeutung anhand des Masochismus fand (Freud, 1920, 1940).²²

Was die todestriebtheoretische Ansicht angeht gilt Melanie Klein, päpstlicher als der Papst. Auch die Arbeiten ihrer Nachfolger (Segal, Rosenfeld, Bion usw.) sind explizite oder implizite Postulate des Todestriebs. Rosenfeld war der Ansicht, dass sich der Todestrieb in einer

²² Die Todestriebhypothese besagt, dass das Leben danach strebt, seinen organischen Zustand aufzugeben und in den anorganischen zurückzukehren. Nach Freud ist dies ein Kreislauf der der Natur zugrunde liegt und somit auch eine Rolle in der menschlichen Psyche spielt. Durch eine Triebmischung mit Libido wird die todesähnliche Kraft nach außen projiziert und das Streben nach dem Tod verhindert.

entmischten Form innerhalb der Übertragungen bei Psychopathologien zeige, welche ihren Fixierungspunkt in der paranoid- schizoiden Position haben (Rosenfeld, 1971). Allerdings beruht der Todestrieb einzig allein auf Spekulationen und folgt keinen Beweisen (Brenner, 1971). Auch Freud konnte damals keine Beweise für den Todestrieb angeben und gab die Verantwortung für den Beleg einer inneren angeborenen Quelle der Aggression an die Biologie ab. Gillespie wies daraufhin, dass der Gebrauch der Todestriebtheorie die Vorstellung erwecke, dass für ein Versagen der seelischen Entwicklung der Säugling aufgrund seiner angeborenen „schlechten“ Elemente selber schuld ist, mehr als ein Versagen z.B. im Verhalten der Mutter (Gillespie, 1971). Auch Kernberg gab zu bedenken, dass die kleinianischen Anhänger eine biologische, angeborene Triebdisposition betonen und dabei die Bedeutung der Umwelt vor allem die normale oder pathologische mütterliche Fürsorge außer Acht lassen (Kernberg, 1976). Ist die Aggression nun angeborenen oder eine Folge früher Deprivation? Dieser Aspekt geht aus Kleins beschriebener Konzeption nicht ganz hervor. Ich denke dass die Todestriebtheorie aufgrund des spekulativen Hintergrundes für den klinischen Nutzen verwerfbar ist und keiner weiteren Diskussion bedarf.

Klein und ihre Nachfolger arbeiteten vorrangig mit Patienten die unter schweren Persönlichkeitsstörungen leiden. Die Erkenntnisse die sie in der Analyse gewannen bilden einen grundlegenden Beitrag für das Verständnis von psychotischen, schizoiden oder borderline- Persönlichkeiten.²³ Der von Klein begründete Abwehrmechanismus „Projektive Identifizierung“ ist einer der wesentlichen Beiträge der kleinianischen Schule für das Verständnis schwerer Persönlichkeitsstörungen und hat bis heute in der klinischen Praxis einen festen Platz eingenommen (Klein, 1946). Nach der kleinianischen Sichtweise bedeutet er, dass das Ich eigene schlechte oder gute Anteile in ein Objekt externalisiert, so dass diese Objekte mit dem projizierten Teil identisch werden. Dies kann zu einem manipulatorischen Verhalten führen, welches versucht ein Objekt unter Kontrolle zu bringen. Die Übertragungen des Patienten auf den Analytiker stellt eine Reaktivierung früher Objektbeziehung dar und kann negative Gegenübertragungen Seitens des Analytikers auslösen. Ein weiterer Aspekt der projektiven Identifizierung ist, dass das Selbst versucht sich von unangenehmen Anteilen zu befreien. Rosenfeld beschrieb wie die projektive Identifikation auf dieser Annahme für Kommunikationszwecke bei der Behandlung von psychotischen und schizoiden Patienten verwendet werden kann (Rosenfeld, 1987). Diese Gruppe von Patienten projizieren ihre Gefühle weil sie eine zu große Angst davor haben selbst über sie nachzudenken oder mit ihnen umzugehen. Nach der kleinianischen Sichtweise ist alles was der Patient zum Analytiker sagt zu folge *a priori* auch eine Aussage darüber, wie die Beziehung im betreffenden Moment unbewusst erlebt wird. Die Arbeiten von Rosenfeld (1954, 1963, 1987) zeigen Wege und Möglichkeiten auf, die das Verständnis, die Kommunikation und die Behandlung von schizoiden und psychotischen Patienten ermöglichen. Wilfried Bion entwickelte das Konzept der projektiven Identifizierung maßgeblich weiter und ergänzte die kleinianische Terminologie dahingehend, dass er die Funktion der Mutter durch sein Konzept des „*Container*“ bestimmte (Bion, 1962, 1963). Danach stellt die projektive Identifikation die erste Kommunikation zwischen Säugling und Mutter dar. Die Mutter stellt dem Säugling einen psychischen Behälter (Container) zur Verfügung, in dem der Säugling seine unangenehmen und unkontrollierten Affekte projizieren kann. Ist die Mutter fähig empathisch

²³ Wesentliche Beiträge der kleinianischen Schule sind vor allem für den deutschen Leser in zwei Bänden von Spillius zusammengestellt u. nach langer Zeit wieder zugänglich geworden (Spillius, 2002a, 2002b). Sie enthalten Arbeiten u.a. von Meltzer, Segal, Rosenfeld, Klein u. Bion aus den Jahren von 1950 – 1980.

auf die Bedürfnisse des Kindes zu reagieren, so nimmt sie die projizierten Elemente auf und transformiert sie. Durch eine gelungene Transformation reguliert sie die Spannungen des Säuglings und dieser kann sie als ein gutes Objekt introjizieren. Desweiterin reflektiert sie dem Kind und fördert das Gewahrsein seine eigenen Gefühle und deren Ursachen zu verstehen. Im Laufe der Zeit internalisiert der Säugling die Transformationsfunktion und verfügt dann selbst über die Fähigkeit, seine negativen Affektzustände zu regulieren. Ist die Mutter nicht fähig emphatisch auf die Bedürfnisse des Säuglings zu reagieren, so kann die projektive Identifizierung eine pathologische Form annehmen. Das von Bion beschriebene *Container* Konzept scheint in seinen Grundansätzen, vor allem mit dem Mentalisierungsmodell (Fonagy et. al., 2002, Fonagy & Target, 2003) und mit der mütterlichen Funktion welche von Kohut (1971) und Winnicott (1965) beschrieben wurden, kompatibel zu sein. Ich konnte in diesen wenigen Zeilen das Konzept des mütterlichen Behälters nur sehr oberflächlich darstellen. Ich möchte trotzdem daraufhin weisen, dass Bions Konzept über die emotionale Entwicklung weit hinaus geht. Es scheint mir auch mit dem von Piaget beschriebenen Prozess der Assimilation vereinbar zu sein (Piaget, 1959). In meinen Augen stellt Bion eine erste Konzeption auf, die die wissenschaftliche Brücke zwischen emotionaler und kognitiver Entwicklung einschlägt.

An dieser Stelle möchte ich betonen, dass die kleinianische Auslegung der projektiven Identifizierung gelegentlich die Vorstellung impliziert, dass der Sender (Patient) absichtlich einen bestimmten Affekt, eine Phantasie oder einen Teil seines Selbst in den Empfänger deponiert. In Einstimmung mit Dornes (1997) bin ich der Meinung das diese Sicht verwerflich ist. In vielen Fällen der projektiven Identifizierung besteht keine absichtliche Haltung, eine Phantasie oder einen Affekt loszuwerden (und schon gar nicht beim Säugling der diesen Mechanismus innerhalb seiner Entwicklung verwendet). Sondern unbewusst gebliebene, sensomotorisch- prozedural organisierte Charaktereigenschaften werden agiert, die sich in einer pathologischen Eltern- Kind- Beziehung herausgebildet haben und in denen passiv Erlittenes aktiv inszeniert wird. Es handelt sich dabei um automatische und unwillkürliche Handlungen. Durch das Konzept der projektiven Identifizierung erweiterte sich zwar der Fokus in der Analyse auf Übertragungsphänomene und Gegenübertragungsphänomene, die eine Ergänzung der analytischen Technik bilden und die der kleinianischen Schule zu verzeichnen sind. Sandler und Sandler kritisierten aber an dem von den Kleinianern begründeten Abwehrmechanismus der projektiven Identifizierung, dass dieser nur ein einseitiges Bild innerhalb der Interaktion zwischen zwei Menschen liefert. Sie ergänzten diese Annahme mit dem Konzept der Rollenbereitschaft (Sandler & Sandler, 1998). Dieses Konzept geht über den Projektions- und Externalisierungsvorgang weit hinaus. Die Arbeiten von Joseph Sandler sind dahingehend interessant weil er beschreibt, wie durch Aktualisierung die Übertragungselemente (die sich in frühen Objektbeziehungen gebildet haben) in unterschiedlichen Ausmaß in fast alle Beziehungen (z.B. zu dem Ehepartner, der gewählt wird, oder zu dem Arbeitgeber, für den man sich entscheidet) eingehen und diese Beziehungen sind häufig durch eine bestimmte Eigenschaft der anderen Person determiniert, die bewusst oder unbewusst für ein Merkmal einer bedeutsamen Figur aus der Vergangenheit steht (Sandler J., 1989, Sandler & Sandler, 1999). Es handelt sich also in der Übertragung um eine regressive Wiederbelebung der Vergangenheit. Danach versucht der Patient unbewusst innerhalb der therapeutischen Beziehung eine spezifische Rolle zu installieren, welche sich aus der inneren strukturierten Objektbeziehung herleitet, die dann der Analytiker einnehmen soll. Der Analytiker gewinnt aus dem Material der Rollenbeziehung und entstehenden Gegenübertragung, Erkenntnisse über die unbewussten Wünsche, Phantasien oder inneren Objektbeziehungen des Analysanden. Die Gegenübertragungen enthalten nach diesem Konzept nicht nur die negativen Reaktionen des Analytikers auf den

Patienten, sondern sie enthalten alle Emotionen, die in der psychoanalytischen Begegnung auf Seiten des Analytikers existieren.

Der Berliner Psychoanalytiker Chris Jaenicke ging noch ein Stück weiter. Er sah die psychoanalytische Beziehung als ein dynamisches System an. Innerhalb des Behandlungsprozesses besteht ein intersubjektives Feld, das durch eine Ko-Determinierung, die die beiden Beteiligten durch wechselseitige Beeinflussung verändert, gekennzeichnet ist (Jaenicke, 2006, 2010). Jaenicke ist Vertreter der Intersubjektivitätstheorie (siehe auch Orange, 1995), die die klassisch bestehende Theorie der Psychoanalyse darauf hin kritisiert, dass sie durch die Subjektivität des Analytikers eine subjektive Färbung erhält. Der Austausch der in der projektiven Identifizierung stattfindet, wird nach Jaenicke unter starker Beteiligung des Analytikers innerhalb der therapeutischen Beziehung Ko-konstruiert. Das Konzept der projektiven Identifizierung ermöglicht den Analytiker, sich von seiner eigenen Affektivität freizusprechen und die Verantwortung dem Patienten aufzuschieben (Jaenicke, 2010). Nach Jaenicke bilden Analytiker und Patient ein komplexes System, das durch einen reziproken Einfluss gekennzeichnet ist. Diese Sicht macht den Begriff Gegenübertragung überflüssig, es scheint sich vielmehr um eine Projektion ausgehend von beiden Seiten zu handeln.

Was die kleinianische Technik angeht, so kritisierte Kernberg, dass ein nichtmodifiziertes psychoanalytisches Verfahren (ein Verfahren welches bei Patienten auf allen Stufen psychischer Krankheit angewandt wird) innerhalb der Analyse angewendet wird, obwohl eine Veränderung der Objektbeziehung während der paranoide- schizoiden und depressiven Position angenommen wird. Kernberg ist der Meinung, dass dies sich negativ auf die Behandlung von einigen Patienten auswirken könnte (Kernberg, 1980). Balint kritisierte, dass die Phantasien in der kleinianischen Analyse überbewertet würden und die Beziehung zwischen zwei Menschen vernachlässigt wird (Balint, 1968). Eine ähnliche Kritik kommt auch aus den eigenen Reihen. Rosenfeld machte darauf aufmerksam, dass die kleinianischen Analytiker oft dazu neigen die metaphorischen Deutungen zu sehr auf unbewusste Neidgefühle zu richten (Rosenfeld, 1987). Vor allem bei schizoiden oder psychotischen Persönlichkeiten kann dies dazu führen, dass die Kommunikation abbricht oder die Behandlung in eine Sackgasse gerät. Häufig löst eine starre Deutung der unbewussten Neidgefühle eine Verwirrung im Patienten aus, die ihn verunsichert oder verschreckt. Zusammenfassend kann man sagen, dass die kleinianische Schule Pionierarbeit auf dem Gebiet schwerer Persönlichkeitsstörungen geleistet hat. Auch wenn einige Annahmen sehr kritisch betrachtet werden müssen (z.B. Todestriebtheorie), so bin ich der Meinung, dass vor allem die Arbeiten von Rosenfeld oder Bion für das Verständnis der Schizophrenie und psychotischer Störungsbilder beigetragen haben und nicht *Ad Acta* gelegt werden sollten.²⁴ Desweiterin bin ich der Meinung, dass die theoretischen Formulierungen von Klein sehr vieldeutig sind und keine definierte Präzision verfolgt, wie man sie bspw. bei Kernberg, Hartmann oder sogar Klein's Nachfolgern Rosenfeld und Bion vorfindet. Betrachtet man die Analyseprotokolle von Klein (1930, 1935, 1940) oder Segal (1973), so enthalten diese Symbolismen oder symbolische Deutungen, dessen Inhalt die von den Kleinianern vermuteten kindlichen Phantasien widerspiegeln. Diese Symbolismen geben aus meiner Sicht für Außenstehende, die nicht der kleinianischen Schule angehören, keine konkrete

²⁴ Vor allem Bions Beitrag über Gruppenprozesse stellt eine interessante Konzeption dar (Bion, 1961), in der in objektbeziehungstheoretischer Manier, die Persönlichkeitsstrukturen der einzelnen Gruppenmitglieder analysiert werden und eine Aufklärung bestehender Gruppenprozessen durchgeführt werden kann. Oder anders herum durch bestehende Gruppenprozesse kann man die Persönlichkeitsstrukturen einzelner Gruppenmitglieder rekonstruieren.

Wiedergabe der analytischen Situation wieder, sondern beinhalten eine Vielzahl von Bedeutungen, die durch ihre mannigfaltige Auslegungen für Verwirrung stiften (dieser Ansicht ist auch Balint (1968)).

Dennoch finden wir innerhalb des theoretischen Rahmens von M. Klein die typischen Ängste der Borderline- Persönlichkeitsstörung zwischen der paranoid- schizoiden und der depressiven Position wieder. Zum einen die allgegenwärtige unbewusste Furcht von äußeren Angriffen verletzt zu werden bzw. die allgegenwärtige verzweifelte Angst, dass die „guten“ Objekte (geliebte Menschen) sich in „böse“ verwandeln könnten. Zum anderen die starken Schuldgefühle aufgrund von phantasierten Verletzungen oder Zerstörungen, die der Patient selbst geliebten Objekten zufügt. Damit sind auch die bestehenden Ängste und Schuldgefühle der Borderline Persönlichkeit gemeint, die durch Äußerungen oder bestimmtes Handeln von Seiten der Borderline Persönlichkeit hervorgerufen werden und innerhalb ihrer Wahrnehmung zu einem gefürchteten Objektverlust führen könnten.

Derjenige Leser der mit der Konzeption von Melanie Klein vertraut ist wird einige Aspekte in der von mir aufgeführten Beschreibung ihrer Theorie vermissen. Zum einen die Frühstadien des Ödipuskomplexes (Klein, 1930, 1960). Zweifelslos hat dieser Beitrag (zusammen mit den Beiträgen von Helene Deutsch, Marie Bonaparte, Therese Bendek u.a.) zu einer Anerkennung der weiblichen Sexualität innerhalb der Psychoanalyse geführt (Chodorow, 1987). Allerdings wie ich oben schon erwähnt habe, scheinen mir die Phantasien die Melanie Klein dem Säugling schon in der paranoiden- schizoiden Position zuschreibt, mit den kognitiven Fähigkeiten des Säuglings allgemein im Widerspruch zu stehen. Die kleinianische Vorstellung des Säuglings, der in seiner Phantasie ein penisinverleibendes Bild innerhalb der weiblichen Koitus konstruiert, scheint mir sehr weit hergeholt zu sein. Aus diesen Gründen habe ich diesen theoretischen Punkt ausgelassen. Zum anderen habe ich auch die Konzeption der Symbolbildung ausgelassen, die von Klein (1930) formuliert und von Segal weiterentwickelt wurde (Segal, 1973). Für den Zweck dieser Arbeit scheint mir dieser Teil ihrer Konzeption keine wesentliche Bedeutung zu haben. Aus klinischer Sicht ist die Symbolbildung für die psychoanalytische Interpretation von Zwangsstörungen und Wahnbildung relevant. Im Hinblick auf die Borderline- Persönlichkeitsstörung scheint mir dieser Beitrag eher überflüssig.

1.2. „Die frühkindliche Abhängigkeit und die reife Abhängigkeit“ – W.R.D. Fairbairn's Objektbeziehungstheorie.

Obwohl W.R.D. Fairbairn keine analytische Ausbildung absolvierte, unterzog er sich einer Analyse und wurde aufgrund seiner Verdienste, in der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft trotzdem aufgenommen. Er ist neben Winnicott, Sutherland oder Balint einer der wichtigsten Vertreter und innovativsten Köpfe der sog. „Britischen Independent's“. Fairbairn verfolgte ein aristotelisches - hegelianisches Menschenbild und gilt als ein aufrichtiger Freudleser. Im Gegensatz zu Freud (Breuer/ Freud, 1895) oder Klein (1935, 1940), die von neurotischen Störungsbildern ausgehend, ihre ursprünglichen theoretischen Überlegungen formulierten, formulierte Fairbairn seine theoretischen Überlegungen ausgehend von dem Studium der Schizophrenie (Fairbairn, 1940). Welche als eine Störung angesehen wird, die die früheste Fixierung innerhalb der infantilen Entwicklung darstellt. Er war überzeugt davon, dass jede psychische Grundposition unweigerlich schizoid ist und eine Spaltung im Ich aufweist. Jeder Mensch verfügt über eine solche Spaltung im Ich und je

nach Integrationsgrad kann diese Spaltung die Ichfunktion einschränken oder erfüllen.²⁵ Ausgehend von einer Kritik an Abrahams Stufenmodell der Entwicklung der Libido (Abraham, 1924a, 1924b), der damals bestehenden Triebtheorie und des freudschen Strukturmodells (Freud, 1915a, 1923), verfasste er eine revidierende Objektbeziehungstheorie (Fairbairn, 1941, 1943, 1944, 1946). Fairbairn kritisierte dabei die damals bestehende klassische Triebtheorie dahingehend, dass sie die Rolle der Objekte und den Einfluss von frühen Objektbeziehungen für die infantile Entwicklung des Kindes vernachlässigte. Um das Verständnis für Fairbairn's Gedankengang zu erhellen, möchte ich im Folgenden kurz auf Abraham's Stufenmodell näher eingehen.

Karl Abraham baute die freudsche Lehre von den prägenitalen Organisationstufen der Libido weiter aus (Abraham, 1924b). Der Anlass war, dass die Psychoanalyse der Krankheitszustände ihm einer Anzahl psychosexueller Erscheinungen gegenüber stellte, welche an die damalige Theorie der Entwicklung der Libido angepasst werden musste. Somit folgte eine Stufung innerhalb der anal - sadistischen, oralen und genitalen Phase.²⁶ Krankheitszustände konnten mit den Stufen der Libidoorganisation somit besser klassifiziert werden. Die schizoiden Störungen befinden sich nach dem Stufenmodell in *I. der frühen oralen Phase*. Dies wurde darauf zurückgeführt, dass sich die schizoide Persönlichkeit von der Außenwelt abwendet und die Libidoorganisation durch den Autoerotismus gekennzeichnet ist. Anders gesagt die Libido wird von der Außenwelt abgezogen und auf das Ich gerichtet (Folge vom sekundären Narzißmus (siehe Freud, 1914)). Die Organisation der Libido ist gekennzeichnet dadurch, dass sie die totale Inkorporation des Objekts anstrebt. Dabei tritt die Lippenzone des Säuglings in den Dienst der Genitalfunktion. Desweiterin werden auch defäkierende Ausscheidungsprozesse durch das Abnehmen der folgenden Spannung als befriedigend erlebt (Abraham, 1916). Auf *II. der späten oralen Stufe* wurden alle zwangsneurotischen und melancholischen Erscheinungsformen klassifiziert. In dieser Stufe tritt die erste Form der Objektliebe auf. Das begehrte Objekt wird als Gegenstand des Besitzes aufgefasst und dementsprechend mit der primitivsten Form des Besitzes (d.h. Körperinhalt, Kot) gleichgesetzt. Diese Objektliebe ist durch eine beginnende Ambivalenz gekennzeichnet, bei der alle positiv auftretenden Einstellungen des Individuums zum Objekt sich als ein Festhalten an seinem Besitz (Einverleibung) äußert und alle negativen Einstellungen des Objekts werden als Ablehnung im Sinne der körperlichen Ausstoßung des Objekts (bspw. Kot) geäußert. Die Fixierung der Libidoorganisation beinhaltet eine Tendenz, dass das Nehmen und Festhalten gegenüber dem Geben vorherrscht. Z.B. fürchtet sich der Zwangsneurotiker vor dem Verlust des Liebesobjekts und seine pathologische Erscheinungsform äußert sich in dem Festhalten als Zwang. Während bei der Melancholie der Verlust des Objektes zur vollendeten Tatsache wurde und sich daraus die charakteristische depressive Grundstimmung ergibt (Abraham, 1924a, Freud, 1917). Auf *III. der früheren analen Stufe* wurden alle paranoiden Krankheitsbilder klassifiziert, bei denen es sich um eine modifizierte Form der Melancholie handelt. Der Verlust des Objekts wird kompensiert in dem das Individuum eine kannibalische Inkorporation eines Teils des Objekts anstrebt (Abraham, 1924b). Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen Melancholie und paranoiden Zuständen liegt demnach in der Form der Einverleibung. Während in der Melancholie die Inkorporation des ganzen Objekts angestrebt wird, wird bei den paranoiden Zuständen nur ein Teil des Objekts einverleibt, begleitet mit einem

²⁵ Die Ichfunktion bestehen in erster Linie aus einer Integrationsfunktion: 1. Integration von Realitätswahrnehmung, 2. Integration des Verhaltens und 3. Unterscheidung zwischen äußerer und innerer Welt. Eine Ichspaltung kann diese Funktion verhindern (Fairbairn, 1940, S. 37).

²⁶ Im Anhang 1 befindet sich ein Schema welches das Stufenmodell von Abraham bildlich darstellt.

sadistischen Hintergrund. In der *IV. späten analen Stufe* wurden Formen des Fetischismus klassifiziert. Charakteristisch für diese Stufe ist, dass spezialisierte Interesse eines Körperteils und die zugleich auftretende Herabsetzung des „restlichen“ ganzen Objektes. Hinzuzufügen ist, dass sich auf dieser Stufe eine soziale Entwicklung vollzogen hat, die zwar immer noch eine beherrschende Tendenz des Objekts beinhaltet, aber die Tendenz zur Inkorporation eines Teiles des Objekts wurde aufgegeben. Das Interesse hat sich sozusagen nach außen verlegt, womit eine erste Anpassung an die Außenwelt vollzogen wurde. Auf der vorletzten Stufe der genitalen Entwicklung (*V. frühe genitale Stufe*) befinden sich hysterische Zustände, welche als ein Resultat der Kastrationsangst aus der ödipalen Situation angesehen werden.

Fairbairn übernahm zwar die Stufen der Libidoentwicklung von Abraham, kritisierte aber, dass die Beschaffenheit des Objekts vernachlässigt wurde. Desweiterin kritisierte er, dass das Ziel der Libido nicht eine spontane psychogenetische Affektabfuhr ist, mit dem Ziel Spannung abzubauen, sondern das Ziel der Libido ist primär das Objekt und die erogenen Zonen sind keine Hauptdeterminanten libidinöser Ziele, sondern nur Wege, die die primären Ziele der Objektsuche des Ichs vermitteln (z.B. die Mutterbrust) (Fairbairn, 1941, 1951, 1956). Abraham war der Meinung, dass die Objektbeziehung von der libidinösen Haltung des Kindes abhängig ist. Fairbairn hingegen verfolgte einen Perspektivwechsel, in dem die libidinöse Haltung des Kindes durch die Qualität der Objektbeziehung bestimmt wird. Er machte dabei auf die fundamentale Bedeutung der bedingungslosen frühen Abhängigkeit des Kindes zu seiner Bezugsperson aufmerksam. Denn in der frühen Kindheit ist das physische Überleben und das emotionale Wohlbefinden des Kindes, durch das versorgende Verhalten und die empathische Einstellung der Mutter abhängig. Die libidinöse Haltung in der prägenitalen Entwicklung schreibt Fairbairn einen sekundären Stellenwert zu. Von primärer Bedeutung sind bei ihm die Objektbeziehungen. Im Gegensatz zu Melanie Klein sind in Fairbairn's theoretischer Konzeption die „inneren“ Objekte nicht von Anfang an vorhanden, sondern entstehen im Laufe der infantilen Entwicklung *a posteriori*. Er unterscheidet zwischen einer infantilen Abhängigkeit und einer reifen Abhängigkeit. Die Entwicklung der Objektbeziehung stellt dabei einen Prozess dar, in dessen Verlauf die infantile Abhängigkeit vom Objekt nach und nach einer reifen Abhängigkeit weicht. „Die Veränderung der Beschaffenheit der Objektbeziehung geht mit einer allmählichen Veränderung des libidinösen Ziels einher: die ursprüngliche orale Einstellung weicht nach u. nach einer reifen, einverleibenden u. in erster Linie „gebenden“ Haltung, die mit der entwickelten genitalen Sexualität vereinbar ist (Fairbairn, 1941, S. 64).“ Das grundsätzliche Bedürfnis des Kindes besteht nach Fairbairn erstens: als eine Person von seinen Eltern aufrichtig geliebt zu werden und zweitens: dass seine Eltern seine eigene Liebe wirklich akzeptieren. Nur auf dieser sicheren Grundlage kann das Kind das Wagnis eingehen, nach und nach auf seine infantile Abhängigkeit zu verzichten, welche der frühen und späten oralen Phase entspricht, die Abraham 1916 formuliert hat. Die Objektwahrnehmung innerhalb dieser Phase ist durch die Wahrnehmung von Partialobjekte gekennzeichnet, welche sich nach und nach zu einer Wahrnehmung des ganzen Objektes entwickelt. Desweiterin versucht das Individuum die vorgeburtliche Einheit zur Mutter wiederherzustellen in dem es sich mit ihr identifiziert. Die Identifizierung dient dabei die emotionale Beziehung zwischen Individuum und Objekt aufrechtzuerhalten und zu verbinden. Im Triebbereich findet sie ihre Entsprechung in der oralen Einverleibung (saugen an der Brust). Insoweit sich das Objekt als gut erweist, werden seine Inhalte inkorporiert und wenn das Kind sein Objekt als schlecht empfindet, werden die Inhalte abgelehnt. Dies drückt sich im saugen oder nicht saugen aus. In dieser frühen Phase lassen sich nach Fairbairn (1940) schizoide Zustände charakterisieren. Erweist sich die Objektbeziehung als schlecht, zieht das Individuum seine Libido von der Außenwelt ab und

richtet sie auf die zuvor introjezierten inneren Objekte. Durch die Orientierung an innere Objekte entsteht bei der schizoiden Persönlichkeit ein Gefühl der Unwirklichkeit und Sinnlosigkeit, denn all seine Libido wird von der Außenwelt abgezogen und auf die inneren Objekte gerichtet, wobei die Fähigkeit zur Objektliebe sehr eingeschränkt ist. Als Resultat entsteht eine Ichspaltung, die die Verarmung des Ichs bedeutet und eine Spaltung zwischen innerer und äußerer Realität zur Folge hat. Auf der späten oralen Stufe kommt statt des Saugens das Beißen hinzu, welches ein erstmaliges destruktives Ziel verfolgt und bei Fairbairn als Prototyp der Aggression angesehen wird. In dieser Phase entsteht daher der Ambivalenzkonflikt zwischen Liebe und Hass (Saugen oder Beißen). Fairbairn charakterisierte in dieser Stufe der Libidoentwicklung die Depression.

Die Fixierungen auf den frühen Stadien der frühkindlichen Entwicklung haben immer etwas mit unbefriedigten Objektbeziehungen zu tun. In dem frühen oralen Stadium hat das Kind das Gefühl das es nicht geliebt wird, weil seine eigene Liebe schlecht ist, dies steigert die schizoiden Tendenzen im späteren Leben. Im späten oralen Stadium reagiert das Kind mit dem Gefühl, wegen der Schlechtigkeit und der Zerstörungskraft seines Hasses nicht geliebt zu werden. Diese Position bildet die depressiven Tendenzen im späteren Leben. Die reife Abhängigkeit die Fairbairn postulierte entspricht Abraham's später genitaler Stufe. Charakteristisch für die reife Abhängigkeit ist eine Beziehung zwischen zwei unabhängigen Individuen, die als Objekt vollständig voneinander getrennt sind (Fairbairn, 1941). Die von Abraham formulierte anale und frühe genitale Stufe bilden nach Fairbairn ein Übergangsstadium dem ein Konflikt zugrunde liegt, der den entwicklungsbedingten Drang widerspiegelt auf der einen Seite zu einer Haltung der reifen Abhängigkeit vom Objekt gelangen (Differenzierung) und auf der anderen Seite einem regressiven Wiederstreben, die Haltung der infantilen Abhängigkeit aufzugeben (Identifizierung). „Wenn die Identifizierung auf Kosten der Differenzierung fortbesteht, so nimmt die Einstellung des Individuums zu seinen Objekten eine ausgeprägte zwangsneurotische Färbung an (Fairbairn, 1941, S. 71).“ Das Individuum wird in dem Übergangsstadium zum einen mit der Angst der Trennung, die gleichzeitig eine Isolation bedeutet und zum anderen mit der Angst der Identifikation, die sich als eine Angst vor dem Verschlungen werden manifestiert, konfrontiert. Die Krankheitszustände die Abraham in den analen Stufen und in der frühen genitalen Stufe ansiedelte, bilden nach Fairbairn Übergangstechniken (paranoide, zwanghafte, hysterische u. phobische Technik), die vom Individuum angewendet werden um aus der infantilen Abhängigkeit zu entfliehen. Denn ohne die Liebe der Eltern kann das Kind die Trennungsangst nicht überwinden. Durch das Trauma der enttäuschenden emotionalen Beziehung entsteht eine Fixierung der frühkindlichen Sexualität, womit das Kind versucht das Scheitern seiner emotionalen Beziehung zu seinem äußeren Objekt durch Ersatzbefriedigung zu kompensieren. Fairbairn's grundsätzliches Theorem ist also die infantile Abhängigkeit des Kindes, die ein erhebliches Risiko von Frustrations- und Verlufterfahrungen bereitstellen kann, wenn die Bedürfnisse des Kindes in dieser Zeit nicht befriedigt werden. Die Mutter kann das Kind auf der einen Seite libidinös befriedigen, aber sie kann auch eine Quelle der Versagung bilden und in dem Kind das Gefühl der Aggression erwecken. Diese Erfahrungen bilden im Kind einen Ambivalenzkonflikt, der durch eine Spaltung des Objektes in ein akzeptiertes Objekt, auf dem die Libido gerichtet ist und einem abgelehnten Objekt, auf das der Hass gerichtet ist, bewältigt wird. Die Abhängigkeit des Kindes zwingt es seine schlechten Objekte zu internalisieren, um somit die parallel auftretenden Erfahrungen – von Frustration und Verlust – im Zusammenhang mit diesen Objekten, zu verdrängen (Fairbairn, 1943). Dieser intrapsychische Vorgang ermöglicht es dem Kind erstens: seine Beziehung zu einem äußeren Objekt aufrechtzuerhalten, wobei die frustrierenden Seiten des Objektes internalisiert und durch das Ich verdrängt werden, aber

auch die auftretenden aggressiven Regungen des Kindes werden durch die Verdrängung des Objektes zurückgehalten. Und zweitens: wird somit das eigene Überleben gesichert, denn eine libidinöse Bindung zu dem äußeren Objekt kann dadurch aufrechterhalten werden. Gelingt die Verdrängung nicht werden die psychopathologischen (paranoide, zwanghafte, hysterische u. phobische) Techniken angewandt. Es ist deutlich, dass Fairbairn im Gegensatz zu Freud die auftretenden Triebregungen immer in Beziehung mit einer dazugehörigen Objektkomponente betrachtete. Demnach besteht auch die Verdrängung nicht darin, einen isolierten Trieb der Schuldgefühle auslösen zu verdrängen, sondern der Trieb ist ein Begleitphänomen von schlechten Objekten, die das Ich ins Unbewusste verdrängt. Unter diesem Gesichtspunkt kritisierte Fairbairn das freudsche Strukturmodell, denn dieses Modell wurde ausgehend von einer Triebtheorie formuliert und berücksichtigte nicht die dazugehörigen Objektkomponenten.

1944 nahm Fairbairn das ehrgeizige Vorhaben an die Hand ein eigenes Strukturmodell zu entwerfen, in dem die internalisierten Objekte Strukturen darstellen, die eng mit den Triebregungen eine innere Dynamik darstellen. Die neu gegründete Klassifizierung der psychischen Struktur besteht aus einem 1. zentralen Ich, welches im vorbewußten Bereich der Psyche lokalisiert wird, einem 2. aggressiv verfolgenden Ich (sog. „innerer Saboteur“) und einem 3. libidinösen Ich, welche beide vom zentralen Ich ins Unbewusste verbannt werden.²⁷ Um die äußere Situation zu meistern wird das schlechte Objekt internalisiert und in zwei Objekte a) das benötigte oder erregende Objekt und b) in das frustrierende oder zurückweisende Objekte geteilt, die dann vom zentralen Ich verdrängt werden und mit den dazugehörigen Ichsegmente verbunden bleiben (Fairbairn, 1944). Alle Objekterfahrungen die keine übermäßige, erregenden oder versagenden Erfahrungen beinhalten, bilden ein akzeptiertes Objekt, welches ins zentrale Ich internalisiert und dessen Kern bildet (Fairbairn, 1951). Das Triebleben repräsentiert somit die dynamische Struktur, welche durch die Internalisierung von Objekten, in der Zeit des Übergangsstadiums durch die Verdrängung aufgebaut wird und in der Übertragung inszeniert werden (Fairbairn, 1946, 1958).

1.2.1. Kritik und Evaluation.

Fairbairn war der Erste, der die Entwicklung des Selbst (Ich) auf die frühen Objektbeziehungen zurückführte und das Verständnis der Internalisierungsprozesse dabei modifizierte.²⁸ Er machte auf die Bipolarität aufmerksam, in dem ein Anteil des Ichs immer in einer spezifischen Beziehung zu einem inneren Objekt steht (oder ein Teil der Selbstrepräsentanz in Beziehung zu einer Objektrepräsentanz steht). Er lehnte im Gegensatz zu Klein oder Freud die angeborene Quelle der angeborenen Aggression eindeutig ab (Fairbairn, 1944, 1946, 1951) und führte die Erklärung von psychischen Störungen nicht auf intersystemische Konflikte, sondern auf eine misslungene Integration diskrepanter Repräsentationen (Vorstellungen) zurück.²⁹ Desweiterin ist zu bemerken, dass Fairbairn die Triebe nie isoliert betrachtete, sondern immer im Zusammenhang mit verinnerlichten Objektbeziehungen, welche durch eine Aktivierung von Affekten wiedergespiegelt und in der Übertragung wiederholt werden. Dieser Ansatz macht ihn zu einem wichtigen Vertreter der Objektbeziehungstheorie und einen Vertreter der das

²⁷ Im Anhang 2 befindet sich eine graphische Darstellung des Strukturmodells nach Fairbairn (1944, S. 138).

²⁸ Der Begriff Selbst wurde später von Sutherland eingeführt, der Fairbairn's Modell weiterentwickelte und mit Hilfe dieser Begrifflichkeit die zahlreichen Ichanteile und bestehenden inneren Komplexitäten zusammenfasste (Scharff, 2006).

²⁹ Aggression ist bei Fairbairn im Gegensatz zu Klein ein Produkt von Deprivation.

Verständnis psychischer Prozesse maßgeblich weiterentwickelte. Unter anderem stellte Fairbairn die Neutralität des Analytikers in der psychoanalytischen Behandlung in Frage. Ausgangspunkt seiner Behandlung war immer, dass der Analytiker und der Patient ein System darstellen welches auf realen Erfahrungen beruht und die Aufgabe des Analytikers ist es, das intersubjektive System des Patienten durch seinen eigenen intersubjektiven Einfluss zu verändern (Fairbairn, 1958). Dieser Ansatz scheint nach Scharff (2006) und Potthoff (2006) ein Vorläufer der Intersubjektivitätstheorie (Orange, 1995, Orange, Atwood, & Stolorow, 1997) zu sein und beinhaltet wesentliche Aspekte der interpersonalen/ relationalen Psychoanalyse nach Sullivan und Mitchell (Fonagy & Target, 2003, Potthoff, 2006).

Obwohl Fairbairn die Triebtheorie in seine eigene Theorie integrierte, besteht in der psychoanalytischen Szene eine Uneinigkeit über seine Loyalität zu dieser Theorie. Rehberger kritisierte Mitchell und Greenberg, als sie darauf hinwiesen, dass Fairbairn die Triebtheorie ganz und gar aufgegeben habe (Rehberger, 2006). Ich persönlich gebe Mitchell und Greenberg recht und bin auch der Ansicht, dass eine (zwar indirekte) Tendenz (vor allem in seiner späten Veröffentlichung von 1953 und 1956) bestehe die Triebtheorie abzulehnen. Allerdings muss ich gestehen, dass aus seinen Schriften keine eindeutige Antwort auf diese Frage hervor geht. In diesem Zusammenhang möchte ich aber erwähnen, weil gegenwärtig in der theoretischen Landschaft eine ähnliche Tendenz besteht von der Triebtheorie Abschied zu nehmen, dass das theoretische Konzept der Triebe als Motivationstheorie meiner Meinung und der Meinung anderer dahingehend verwendbar ist, weil es ein Grenzbereich zwischen Somatischem und Psychischem darstellt. Viele psychische Prozesse haben physiologische und somatische Begleitphänomene (z.B. die innere Anspannung als Kennzeichen von Ärger und Wut o. die inneren Spannungsgefühle o. Impulsausbrüche der Borderline Persönlichkeit), die man mit einem theoretischen Konstrukt der Triebe in Verbindung bringen kann und einen Erklärungsansatz ermöglichen, warum eine Person dazu veranlasst wird, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen oder warum ein physiologischer Zustand bei psychischer Erregung hervorgerufen wird. Ebenfalls werden in diesem Konzept auch angeborene, genetische und konstitutionelle Reaktionsmodelle beachtet (Kernberg, 2006).³⁰ Der Nachteil des Triebkonzepts ist allerdings, dass das gesamte interpersonale Erleben und Verhalten eines menschlichen Individuums auf zwei Trieben zurückgeführt wird. Belege der Emotionspsychologie zeigen, dass Emotionen und Verhalten viel komplexer sind als im Triebkonzept angenommen wird (Izard, 1977). So wird in der Emotionspsychologie das Verhalten auf der einen Seite auf den motivationalen Eigenschaften der Emotion und auf den motivationalen Eigenschaften des Triebes erklärt. Der Trieb wird dabei verstanden als physiologischer Prozess, der sich auf organische Veränderungen oder physisches Wohlbefinden bezieht und dabei Emotionen hervorruft oder modifiziert (z.B. bei Schmerz, Hunger). Die Emotionen sind dabei von komplexerer Art, sie können auch bei Nichtvorhandensein der Triebe auftreten oder diese modifizieren und bilden das primäre Motivationssystem, welches das menschliche Verhalten, Empfinden und die Bedeutung der menschlichen Existenz grundlegend determiniert. Auch die Vorstellung, dass der Grundantrieb des menschlichen Säuglings auf zwei Trieben zurückzuführen ist, sollte nach entwicklungspsychologischen Belegen überdacht werden (Izard, 1977, Lichtenberg, 1989, Dornes, 1997). Allerdings verstehe ich den Trieb eher wie ihn Kernberg (1976, 2006) formulierte, der die Affekte, die in einer Beziehung zwischen Selbstrepräsentanz und Objektrepräsentanz eingebettet sind, als primäre Organisatoren der Triebe verstand. Anders formuliert bilden frühe physiologische und psychologische Erfahrungen Repräsentationen aus, die aus einem Affektzustand bestehen und aus einer Verbindung zwischen Selbst und

³⁰ Siehe auch die basistemotionalen Steuerungssysteme (Solms & Turnbull, 2002).

Objekt. Diese Selbst - Objekt - Affekt - Triaden werden im affektiven Gedächtnis gespeichert und entwickeln sich im Kontext der Mutter - Kind Beziehung zu „Trieben“. So kann man die Affekte als Bausteine ansehen, die durch eine Integration der lustvollen und positiven Affektzustände den Sexualtrieb bilden und durch eine Integration von negativen und aversiven Affekten die Aggression als Trieb konstituieren. So kann man sagen, dass Affekte nicht mehr Abkömmlinge von Trieben sind, sondern Triebe sind Abkömmlinge von Affekten. Alternative Ansätze wie Lichtenberg's motivationale - funktionale Systeme und Modellzonen (Lichtenberg, 1989) oder Kernberg's Selbst - Objekt - Affekt - Triaden (Kernberg, 1976, 2006) machen eine neurobiologische, emotionspsychologische und entwicklungspsychologische Annäherung an die Triebtheorie meiner Meinung nach möglich.³¹ Vor allem die Kenntnisse von den neurobiologischen Mechanismen und Systemen (z.B. des orbitofrontal Kortex, Hypothalamus) machen die Triebtheorie wieder nach langer Zeit als Erklärungsansatz attraktiv (Damasio, 1994, Solms & Turnbull, 2002, Schore, 2003,). Fairbairn's (1944, 1946) verfasste endopsychische Struktur, die auf der Grundlage einer Objektbeziehungstheorie formuliert wurde, hat sich innerhalb der psychoanalytischen Szene nie durchgesetzt. Lediglich bei Sutherland (Scharff, 2006), Bianchi (2006) oder Masterson (1976) konnte ich feststellen, dass sie sich an Fairbairn's Strukturmodell orientiert haben. Kernberg (1980) bemängelte unter anderem, dass die Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen innerhalb der frühkindlichen Entwicklung von Fairbairn übersehen und in seinem Strukturansatz nicht integriert wurde, was zehn Jahre später von Jacobson (1964) und Mahler (1968) aufgenommen wurde. Desweiteren ist es nicht nachvollziehbar, warum Fairbairn annahm, dass nur die schlechten Objekte internalisiert werden. Dies scheint auch mit den neurobiologischen Erkenntnissen über die Grundlagen der Affektregulierung nicht vereinbar zu sein (Schore, 2003). Dabei wissen wir aus diesen Erkenntnissen, dass die rechte Hemisphäre ein affektiv- konfigurales Repräsentationssystem, das Selbst- und Objektbilder kodiert enthält und dabei die internen Repräsentationen einer externen interpersonellen menschlichen Beziehung eine biologische „Regulations- Rolle“ spielen. So ist für die Fähigkeit zur Selbstregulation eine externe Regulation einer Fürsorgeperson erforderlich und diese wird sozusagen durch die Internalisierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen verinnerlicht. Allerdings wurde die Anschauung, die Triebe immer in Verbindung mit einer Selbstrepräsentanz (Ichsegment) und einer Objektrepräsentanz zu betrachten, von vielen Objektbeziehungstheoretikern aufgenommen und weiterentwickelt. Auch Ronald David Laing, der ebenfalls von ähnlichen Grundannahmen wie Fairbairn über Dissoziationszuständen bei der schizoiden Persönlichkeit und interpersonalen Beziehungen ausging, integrierte einige Aspekte von Fairbairn in seine phänomenologisch-, existenzialistisch- philosophisch orientierte Theorie, die mit dem Konzept des wahren und falschen Selbst von Winnicott (1965) verbunden wurde (Laing, 1960, 1970). In seiner existenziellen Studie über die Schizophrenie beschrieb Laing (1960) Phänomene der Depersonalisation, Ängste des Verschlungenwerdens und des Eindringens mit welchen das schizoide Selbst konfrontiert wird. Diese wurden von Fairbairn zwanzig Jahre zuvor schon erwähnt (Fairbairn, 1940). Das Gefühl der Sinnlosigkeit und der Entemotionalisierung, die nach Fairbairn aus dem Rückzug der Libido von den äußeren Objekten und einer Orientierung auf die zuvor verinnerlichteten Objekte hervorgeht, bildet einen weiteren integrativen Aspekt innerhalb der von Laing formulierten Annahmen. Bei Laing entstehen

³¹ Lichtenberg hat zwar innerhalb seines theoretischen Bezugsrahmens der motivationalen und funktionalen Systeme keine Triebe konzeptualisiert. Dennoch hat Dornes (1997) darauf aufmerksam gemacht, dass zwei seiner Systeme (Exploration und Selbstbehauptung, sinnliches Vergnügen und sexuelle Erregung) dem freudschen Libidotrieb und Aggressionstrieb entsprechen.

diese Leeregefühle aus dem Einfluss eines gebildeten falschen Selbst - System. Dieses System wurde gebildet um die Ängste abzuwehren mit denen das schizoide Selbst konfrontiert wird, um den Anforderungen der Außenwelt gerecht zu werden. Aber dieses falsche Selbst - System ist mit dem darunterliegenden wahren Selbst (der eigentlichen Identität) nicht kompatibel, gewinnt das falsche Selbst dann auch noch die Führung über das wahre Selbst, verliert dann das wahre Selbst den Kontakt zur Realität und verkümmert. Das Individuum klagt über Gefühle der inneren Leere und Unwirklichkeit. Wie bei Fairbairn zieht sich die schizoide Persönlichkeit auch bei Laing von der Außenwelt zurück und orientiert sich an das zuvor gebildete falsche Selbst – System.³² Desweiterin entspricht Laing's (1960) ontologische Unsicherheit, die von Fairbairn (1941) zwanzig Jahren zuvor beschrieben Ängsten, mit denen ein menschliches Individuum in dem Übergangsstadium konfrontiert wird. Fundamental ist in Fairbairn's Terminologie desweiteren die vollständige Abhängigkeit des Säuglings von seiner Bezugsperson. Dieser Gedanke veranlasste Fairbairn zu der Annahme, dass das Kind gezwungen wird seine schlechten Objekte zu internalisieren. Er untersuchte den Vorgang der Internalisierung schlechter Objekte bei Kindern, die Opfer von schweren Misshandlungen oder sexuellen Missbrauch waren (Fairbairn, 1943). Dabei stellte er fest, dass diese Kinder dazu neigten ihre äußeren Objekte (Täter) als gut zu bewerten, sich selbst bewerteten sie aber als schlecht. Er führte dies darauf zurück, dass die verinnerlichten schlechten Objekte einen Teil des Selbstbildes bildeten und unter der Notwendigkeit die sich aus der frühkindlichen Abhängigkeit ergibt verdrängt wurden. Diese Gedanken sind meiner Meinung auch heute noch aus klinischer Sicht sehr relevant. Die schlechten internalisierten inneren Objekte (Objektrepräsentanzen) bleiben bis ins Erwachsenenalter vorhanden und determinieren das Selbstbild und wirken sich auf das Denken, Fühlen, Handeln und die Bewertung oder Einstellung zukünftiger zwischenmenschlicher Beziehungen aus. Ebenfalls bildet das Theorem der Abhängigkeit welches von Fairbairn postuliert wurde, vielleicht ein typisches Merkmal der „Britischen Independent's“ und findet sich bei Winnicott (1965, 1971) und Balint (1968) als zentraler Aspekt der frühkindlichen Entwicklung wieder. Ebenfalls lässt sich nach Rehberger (2006) unter diesem Aspekt eine Annäherung an die Bindungspsychologie finden, welche aus der Objektbeziehungstheorie hervorgegangen ist. „Beide Theorien grenzen die Motivation zu Beziehungen entschieden von der dualistischen Triebtheorie und der Sexualität als allgemeiner Motivationskraft ab (Rehberger, 2006, S. 125).“ Blizard machte darauf aufmerksam, dass Fairbairn einer der ersten Psychoanalytiker war, der sich von der klassischen freudschen Annahme, dass die primäre menschliche Motivation, einem biologisch determinierten Trieb untergeordnet ist, abgewandt hat.³³ Sondern Fairbairn betonte, dass Menschen von Natur aus danach streben eine Beziehung zu einem anderen Menschen zu knüpfen und aufrechtzuerhalten und das von Geburt an (Blizard, 1997). Er nahm an, wenn das Kleinkind eine innere Sicherheit aufbaut, dass es von seinen Eltern geliebt wird und diese ebenfalls die Liebe ihres Kindes anerkennen, dann ist es fähig zu einer reifen Abhängigkeit zu gelangen. Man kann die reife Abhängigkeit auch als Grundlage der Exploration oder als Voraussetzung für Objekt Konstanz und der Fähigkeit gesunde zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen betrachten. Obwohl sich Bowlby von der Abhängigkeitstheorie und der Triebtheorie trennte, finden wir Annäherungen an Fairbairn und

³² Allerdings wurde der triebtheoretische und objektbeziehungstheoretische Ansatz aufgrund seiner persönlichen distanzierten Einstellung gegenüber der Psychoanalyse von Laing nicht integriert.

³³ Fairbairn integrierte zwar die Triebtheorie innerhalb seines theoretischen Bezugsrahmens. Allerdings gab er ihr eine ganz andere Bedeutung, was das Verständnis seiner Theorie sehr erschwert und für die folgenden Überlegungen und den Vergleich zwischen Bindungspsychologie und der Objektbeziehungstheorie Fairbairn's mit heran gezogen werden muss.

an seiner eigenen Theorie der Bindung wieder. Er vertrat eine ethologische geprägte Ansicht, dass es für Menschen charakteristisch ist eine affektive Bindung zu anderen Menschen aufzubauen. Dieses Bedürfnis konnte seiner Meinung durch eine duale Triebtheorie und Abhängigkeitstheorie nur unzureichend erklärt werden. Für ihn ging die Bindung aus einem verankerten vorprogrammierten Verhaltensrepertoires des Kindes, welches als evolutionäres Erbe angesehen wird und des elterlichen Pflegeverhaltens (ebenfalls vorprogrammiert) voraus (Bowlby, 1981, 1990, 1991). Das Verhaltensrepertoire des Kindes richtet sich gezielt auf die Bezugsperson und bildet sich nach der Geburt heraus und wurde von Bowlby unter dem Begriff Bindungsverhalten geprägt. „Unter Bindungsverhalten begreift man jegliche Form von Verhalten, das zum Ergebnis hat, dass eine Person die Nähe zu einem anderen bevorzugten Individuum erlangt oder aufrechterhält (Bowlby, 1991, S. 60).“ Der Effekt des Bindungsverhalten (z.B. Weinen, Rufen, Nachlaufen) beinhaltet das Ziel von Seiten des Kindes die Mutter und sich näher zusammenzubringen und –zuhalten, oder das Bedürfnis nach Fürsorge zu signalisieren. Die Funktion der Mutter bestand nach Bowlby darin eine sichere Basis darzustellen, in der das Kind immer erstens: einen sicheren und verlässlichen Rückzugsort (z.B. von seinen Explorationsversuchen) oder zweitens: eine empathische Fürsorgeperson vorfindet. „Eltern bilden also nur dann eine verlässliche Basis, wenn sie das Bindungsverhalten ihrer Kinder intuitiv erfassen, respektieren und als angeborenes Merkmal akzeptieren (Bowlby, 1988, S. 10).“ Die Aufrechterhaltung des affektiven Bandes zwischen Mutter und Kind führt zu einem Gefühl der Sicherheit im Kinde, welches die Explorationsversuche stärkt und auf zukünftige Beziehungen übertragen wird (z.B. Ehepartner, Freunde, eigene Kinder usw.). Während ein drohender Verlust der Bindung eine Angst und Unsicherheit im Kind auslöst. Eine Erneuerung des affektiven Bandes führt dagegen zur Quelle der Freude und ein tatsächlich auftretender Verlust kann Ärger und Kummer im kindlichen Seelenleben verursachen. Das Bindungsverhalten bleibt nach Bowlby das ganze Leben aktiv und beinhaltet eine lebenswichtige Funktion. Nach der Bindungspsychologie lassen sich gestörte Muster von Bindungsverhalten im jedem Alter nachweisen. Die Art und Weise, wie das Bindungsverhalten eines Individuums innerhalb seiner Persönlichkeit organisiert wird, beeinflussen die Muster des affektiven Bandes in späteren Beziehungen. Personen, die innerhalb ihrer Entwicklung keine sichere Bindung zu ihrer Bezugsperson erfahren haben, neigen dazu, diese Unsicherheit und die damit verbundenen Ängste auch auf spätere Beziehungen (z.B. auf den Ehepartner oder ihren eigenen Kindern) zu übertragen. Obwohl Bowlby sich von der Abhängigkeitstheorie abgrenzte und eine ethologische Sicht vertrat (Bowlby, 1987, 1990, 1991) finden wir einige Aspekte der Bindungspsychologie in Fairbairn's Theorem der infantilen Abhängigkeit wieder. Die sichere Liebe der Eltern, ihr Verhalten und die Anerkennung der Liebe des Kindes, ist eine Grundlage gesunder Persönlichkeitsentwicklung. Während frühe Traumatas einen pathogenen Einfluss auf spätere Objektbeziehungen oder auf die Persönlichkeitsentwicklung haben. Beide sowohl Bowlby wie Fairbairn sahen die Bindung als ein eigenständiges Verhaltenssystem. Ein wesentlicher Unterschied ist natürlich das Bowlby das Gefühl von Nähe und Sicherheit, während Fairbairn das Objekt und den Aspekt der Internalisierung vorrangig konzeptualisierte.

1.3. „Das Selbst und die Welt der Objekte“ – Jacobson's Objektbeziehungstheorie.

Edith Jacobson ist wahrscheinlich eine Theoretikerin, die dem strukturellen Ansatz oder der Ichpsychologie zugeordnet wird. Allerdings hat ihr Beitrag das Verständnis für die Entwicklung der Objektbeziehungen, der Identifizierung, des Identitätsgefühls und den Aufbau von Ich und Überich Strukturen maßgeblich erweitert. Sie integrierte vor allem Aspekte der Ichpsychologie Hartmann's (1939a, 1939b) innerhalb ihrer theoretischen Überlegungen mit ein. Hartmann, dessen Beitrag zum Verständnis der Ichinstanz (als autonomes System) beigetragen hat, war der Meinung, dass eine undifferenzierte Matrix zwischen Ich und Es bestehe, die sich im Laufe der Entwicklung differenziert. Das Ich erwirbt im Laufe seiner Entwicklung die Fähigkeit zur Organisation, was durch angeborene Ichapparate (Wahrnehmung, Objektverständnis, Denken usw.) begünstigt wird. Zur Ichfunktion zählte Hartmann Regulierungsvorgänge die ein Gleichgewicht zwischen Individuum und Umwelt, ein strukturelles Gleichgewicht zwischen den Instanzen und ein Gleichgewicht zwischen den Trieben herstellen. Ebenfalls erweiterte Hartmann den Vorgang der Neutralisierung, bei dem libidinöse und aggressive Energie aus den Trieben neutralisiert wird und in die Nicht - Trieb - Sphäre z.B. zur Ich - Bildung verschoben wird.

Jacobson (1964) begann die Aufstellung ihrer Theorie damit, dass sie den Begriff der undifferenzierten Matrix von Hartmann erweiterte. Sie stellte die Theorie auf, dass nicht nur Es und Ich, sondern auch die beiden Triebe zunächst undifferenziert sind. Die Triebe sind nach ihr in einem undifferenzierten diffusen psycho- physiologischen Ur- Selbst enthalten. Von Geburt an entwickelt sich diese instinktive Energie unter dem Einfluss äußerer Stimulierung zu zwei Triebarten. Sie erweiterte somit Freud's (1914, 1923, 1924) Konzept des primären und sekundären Narzißmus weiter, in dem sie behauptete, dass eine Triebabfuhr nach außen erst mit einer beginnenden Objektwahrnehmung auftritt und im primären Narzißmus die Form einer undifferenzierten Matrix annimmt, wobei die Triebe in ihrer ursprünglichen undifferenzierten Form auf das Selbst gerichtet sind.³⁴ Dabei ist der Zustand des Säuglings in der frühkindlichen Phase vermehrt in Schlafsituationen, welche als eine narzißtische Situation angesehen wird. In diesem Zustand gilt die Verteilung der Triebaffekte als diffus innerhalb des gesamten undifferenzierten psychophysiologischen Selbst.³⁵ Die Abfuhr der Triebaffekte erfolgt nach außen durch motorische Abfuhr und nach innen durch physiologische Vorgänge. Das Kind nimmt obwohl es von einem Objekt (Mutter) Stimulationen erfährt außer lustvollen und unlustvollen Sensationen nichts wahr. Während im primären Narzißmus das anfängliche Bild der Wahrnehmung der Objektimages und Selbstimages sich eher diffus und verschmolzen darstellt, beginnt sich dieses Bild in einem Zeitraum von drei Monaten differenzierter zu entwickeln.³⁶ Dies wird begünstigt und vollzieht sich parallel mit der Entwicklung der Perzeption, der Physiologie, der Reifung des Ichs und auch durch realitätsnahe/ korrigierende Denkprozesse, werden allmählich realistische intrapsychische Repräsentanzen der Welt der Objekte und des Selbst (die am Anfang aber noch sehr undifferenziert sind) gebildet. Auch die Triebqualitäten haben sich in diesem Stadium voneinander in libidinösen und aggressiven Triebqualitäten durch den mütterlichen Einfluss geschieden und richten sich mit beginnender Objektwahrnehmung auf das äußere

³⁴ Weil von Geburt an eine Triebmischung besteht, konnte Jacobson somit auch das Konzept des Todestriebs von Freud aus dem Weg gehen.

³⁵ Als Selbst verstand Jacobson die physische und psychische Person insgesamt.

³⁶ Die Selbstrepräsentanz definierte Jacobson als „die unbewussten, vorbewussten und bewussten intrapsychischen Repräsentanzen des körperlichen und seelischen Selbst im System Ich (Jacobson, 1964, S. 30).“

Liebesobjekt (die Mutter). Lustvolle Affekte treten als Ausdrücke des sich differenzierten libidinösen Triebs auf und die Besetzung einer noch verschmolzenen Selbst-Objektrepräsentanz stellt die erste intrapsychische Libidobesetzung dar. Mit beginnender Differenzierung der Triebe treten zwei Vorgänge auf, zum einen besetzen libidinöse Triebabkömmlinge eine noch undifferenzierte Selbst-Objektrepräsentanz und zum anderen wird ein Gegenstück von aggressiven Triebabkömmlingen besetzte noch undifferenzierte Selbst-Objektrepräsentanz gebildet. In diesem Stadium erwecken Phasen der libidinösen Befriedigung durch die Mutter (z.B. beim Stillen), im Kinde die Wunschphantasie einer vollständigen Wiedervereinigung mit ihr und dies wird auf dem Wege der Inkorporation befriedigt. Mit Erlangen der Befriedigung verschmelzen Selbst- und Objektimages zeitweilig miteinander und kennzeichnen eine Rückkehr in den ursprünglichen undifferenzierten Zustand. Ebenfalls ermöglicht diese Wunschphantasie eine Sonderung der libidinös besetzten Selbst-Objektrepräsentanzen von den aggressiv besetzten Selbst-Objektrepräsentanzen, welche aus dem Erleben von Frustration, Hunger und realer Trennung resultieren und durch Projektionsvorgänge abgewehrt werden. Dies ermöglicht dem Individuum die frustrierenden Interaktionen zwischen Selbst und der Mutter von den positiven Interaktionen zwischen Selbst und Mutter zu trennen (bzw. zu leugnen), um letzten Endes durch eine gelungene Sonderung die Beziehung und die Liebe zur Mutter aufrechtzuerhalten. In diesem Prozess können unangenehme Aspekte des Selbst und der Außenwelt durch die Verdrängungsarbeit des Ichs eliminiert werden und sich negativ auf die Entwicklung realistischer Selbst- und Objektrepräsentanzen auswirken bzw. ihnen eine negative Färbung vergangener infantiler Images verleihen. Desweiteren bilden die frühen aggressiv besetzten Objektrepräsentanzen nach Jacobson eine erste Schicht des Über-Ichs.

Die phantasierte Verschmelzung mit der Mutter ist ein Vorläufer der frühesten primitiven Identifizierung und unterliegt dem Mechanismus der Introjektion. Während die aggressiv besetzten Selbst-Objektrepräsentanzen dem Mechanismus der Projektion unterliegen. Die Introjektion bezieht sich nach Jacobson auf die Veränderung der Selbstrepräsentanz nach der Objektrepräsentanz, während die Projektion sich auf die Veränderung der Objektrepräsentanz nach der Selbstrepräsentanz bezieht. Introjektion und Projektion sind somit infantile Mechanismen, die eingesetzt werden, um die ursprüngliche phantasierte Einheit zwischen Selbst und Objekt herzustellen. Diese Zustände charakterisieren einen Zeitraum, der sich zwischen der präödipalen und frühen ödipalen Phase abspielt. Das Kind hat in dieser Phase die phantasierten Wünsche, die Mutter als einen Teil seines Selbst zu machen und auf der anderen Seite einen Teil seiner Mutter zu werden. In dieser Stufe der frühkindlichen Entwicklung scheint nach Jacobson das psychotische Ich zu regredieren, was bedeutet das Selbst- und Objektrepräsentanzen noch nicht vollkommen differenziert sind und Introjektionen von Objektimages in Selbstimages oder Projektionen von Selbstimages auf Objektimages, scheinen für die psychotische Identifizierung daher charakteristisch zu sein (siehe auch Jacobson, 1954, 1957, 1967). „Im Gegensatz zu neurotischen Patienten – versuchen Psychotiker im allg., die Außenwelt dazu zu benutzen, eine Auflösung ihrer Ich u. Überich Struktur u. eine regressive Entdifferenzierung u. Desintegration zu verhindern, die zu einem manifesten psychotischen Zusammenbruch führen würde (Jacobson, 1967, S. 23).“ Jacobson sah den Rückzug aus der Außenwelt bei einer psychotischen Regression als Ausdruck, dass ein Versagen der frühen psychotischen Abwehrmechanismen Projektion und Introjektion vorliegt.

Im weiteren Verlauf ihres Entwicklungsschemas differenzieren sich die Selbst- und Objektrepräsentanzen allmählich in der frühen ödipalen Phase zu realistischere Formen und auch die phantasierten Verschmelzungswünsche verändern sich allmählich in Richtung

Autonomie. Dieser Prozess läuft Hand in Hand mit fortschreitender Ichentwicklung. Aber auch die frustrierenden Aspekte der Objektrepräsentanzen und die schlechten Aspekte der Selbstrepräsentanzen begünstigen den Differenzierungsprozess, da das Kind versucht, bestimmte Aspekte einer frustrierenden Nähe abzuweisen. Somit sind die frustrierenden und aggressiven Selbst- Objektimages ebenfalls Antriebskräfte des Kindes, um seine innere und äußere Realitätsprüfung zu entwickeln und auf dieser Grundlage seine Identifizierung und Objektbeziehungen aufzubauen. In dieser Phase verändern sich auch die phantasierten Verschmelzungswünsche zu einer kompensierenden Idealisierung, die zum Schutz der guten Beziehung zur Mutter aufrechterhalten wird. Die Idealisierung schützt das Kind somit vor narzißtischen Wunden, die aus den frustrierenden Aspekten der Mutter – Kind – Beziehung resultieren. Die zuvor libidinös besetzten Selbst- Objektimages verändern sich durch die Idealisierung, in teilweise differenzierte ideale Selbst- Objektrepräsentanzen, welche durch Identifizierungsvorgänge das Ichideal bilden. Scheitert dieser Prozess können frühe Verlustängste zu einer späteren depressiven Psychopathologie führen. Auch die aggressiv besetzten Selbst- Objektrepräsentanzen werden ins Überich integriert.

Im Gegensatz zu Erikson, der die Entstehung des Identitätsgefühl in Adoleszenz ansiedelte (Erikson, 1959), entsteht nach Jacobson das Identitätsgefühl bereits schon in der ödipalen Phase und zwar dann, wenn das Kind zwischen wunschbestimmten idealen Selbst- und Objektimages gegenüber den realistischen Selbst- Objektimages unterscheiden kann. Dieser Vorgang wird vor allem durch eine Synthese der idealen Selbst- Objektrepräsentanzen und den aggressiv besetzten Selbst- Objektrepräsentanzen erreicht. Diese Synthese trägt dazu bei, dass die Verbote und Forderungen der Eltern (aus der ödipalen Situation) realistischer eingeschätzt werden können. Die vollständige Integration der dualen Selbst und Objektvorstellungen findet gegen Ende der ödipalen Phase seinen Abschluss. Auch die beiden Triebqualitäten erhalten durch Neutraleisierungsprozesse und durch den Einfluss des Überichs die Funktion, den Aufbau der emotionalen Denkprozesse und der entsprechenden Ichfunktion, sowie der Ichgrenze zu fördern. In diesen Prozess wird die Triebenergie für zielgehemmte Strebungen und für die Entwicklung körperlicher Aktivitäten eingesetzt, was unter anderem durch die ödipalen Tabus (welche sich aus dem Kastrationskomplex ergeben) und durch die Identifizierung mit den Eltern beeinflusst wird. Mit der Bildung des Überichs wird sowohl die Entwicklung der Ichfunktion, der Ichgrenze, die Entwicklung der Objekt Konstanz und die Entwicklung eines gefestigten Selbstkonzepts in einem Zeitraum zwischen der ödipalen Phase und der Latenzperiode abgeschlossen sein. Sobald dieser Prozess erreicht ist, übernimmt das Überich die Hauptaufgabe die libidinöse Besetzung des Selbst zu schützen. Ist während der Entwicklung eine Integration nicht voll gelungen, kann sich dies in depressiven Stimmungen ausdrücken. Die depressiven Stimmungsschwankungen kennzeichnen dabei ein aggressives Über- Ich und die Minderwertigkeitsgefühle machen auf eine Beteiligung des Ichideals an der Regulierung des Ichs durch das Überich aufmerksam. Je mangelhafter also die Integration von Ich, Überich, Ichideal, der Selbst- und Objektrepräsentanzen ist, desto stärker dominieren Minderwertigkeitsgefühle, Schuldgefühle oder Traurigkeit das Erleben eines Individuums.

1.3.1. Kritik und Evaluation

Die Psychoanalyse gilt aufgrund ihrer Ursprünge als eine jüdische Wissenschaft, was dazu führte, dass während des Nationalismus in Deutschland viele praktizierende Psychoanalytiker das Land verlassen mussten oder in Gefangenschaft gerieten. Als Folge fand eine Endpsychoanalytisierung und Endpsychotherapeutisierung statt, von der sich Deutschland bis heute nicht erholt hat. So wurde auch Jacobson 1935 zu zweieinhalb Jahren

Zuchthaus verurteilt, weil sie sich weigerte Informationen über einige ihrer Patienten preiszugeben. 1938 konnte sie dann nach Prag fliehen und emigrierte im gleichen Jahr nach New York. Viele ihrer Erlebnisse und Erfahrungen während der Gefangenschaft bezog sie in ihre psychoanalytischen Studien mit ein. So z.B. einen Aufsatz in dem Jacobson einen Beitrag über die Depersonalisierungszustände von Inhaftierten des Naziregimes verfasste. Darin äußerte sie ihre Feststellungen über die innerpsychische Dynamiken, die aus einer traumatischen Inhaftierung und unvereinbaren Identifizierungsprozessen entstehen und regressive Senkungen des Ich- Niveaus hervorrufen. Wobei nach Jacobson die Depersonalisierung (Entfremdungszustand) ein Versuch darstellt, die regressiven Einbrüche ungeschehen zu machen oder die Ich- Integrität zu wahren (Jacobson, 1959).³⁷

Jacobson hat unter anderem auch interessante Aufsätze zur Depression verfasst, die sie in ihrer letzten Veröffentlichung von 1971 zusammengefasst hat. Sie vertrat die Auffassung, dass die Depression als ein Affektzustand auftritt, der erstens: auf narzißtische Frustration hinweist und zweitens: als ein Affektzustand des Ichs betrachtet wird, wobei drittens: die Diskrepanz zwischen realen und einem ersehnten oder idealen Selbstbild widergespiegelt wird. Jacobson schlug daher eine ichpsychologische Depressionstheorie vor, wobei sie den Ursprung depressiver Affekte ins Ich verlegt. Weil diese Affekte mit den Selbst- und Objektrepräsentanzen in Beziehung stehen, werden diese sowohl in Überich als auch ins Ich integriert und stattdessen das Überich mit der wichtigen Kontrollfunktion über das Ich aus (Jacobson, 1971).³⁸ Die Ursache der Depression liegt vor allem in der Dominanz frühkindlicher Konflikte und der Abhängigkeit von den libidinösen und aggressiven Objekten, von denen befürchtet wird, dass sie sich abweisend zeigen werden. Jacobson postulierte, dass für die Forschung der Depression es notwendig ist zwischen psychotischer, borderline-spezifischer und neurotischer Depression differenzialdiagnostisch zu unterscheiden (Jacobson, 1971). Sie beschrieb einen Entwicklungsverlauf in der sich die typisch depressive Affektivität bei der psychotischen oder neurotischen Depression durch frühkindliche Konflikte bildet. Im Allgemeinen hängt die Angst und der Konflikt, sowohl innerhalb der psychotischen, borderline-spezifischen wie auch der neurotischen Depression, immer mit der Angst, von einem Objekt verlassen zu werden, zusammen. Bei der psychotischen Depression kann dabei die libidinöse Besetzung eines Objektes nicht aufrechterhalten werden, wodurch durch die frustrierenden Aspekte dieses Objektes eine Abwertung des Objektes und seiner Repräsentanz erfolgt. Da allerdings die Objektrepräsentanz eine wesentliche Schutzfunktion für das frühkindliche Selbst bildet, versucht das Kind auf masochistischer Weise den Wiederverschmelzungsvorgang, der in dieser Phase für die kindliche Phantasie so typisch ist, zu wiederholen. Dieser Verschmelzungsvorgang beinhaltet die Bemühung das Liebesobjekt zu idealisieren und es zurückzugewinnen, um somit narzißtische Unterstützung von ihm zu erhalten, die es für sein Selbst braucht. Da dieses Objekt gleichzeitig aber eine Quelle der Aggression darstellt, bildet es in Gestalt eines idealisierten aggressiven und zuvor abgelehnten Objektes, durch Introjektionsvorgänge ein zugleich abwertendes, archaisches und sadistisches Überich aus. Da die Selbst- Objektrepräsentanzen in dieser Phase noch

³⁷ Die Depersonalisierung entsteht nach Jacobson aus einem narzißtischen Konflikt, der durch eine Diskrepanz zwischen zwei widersprüchlichen Identifizierungen hervorgerufen wird und durch einen Triebeinbruch eine Spaltung im Ich auslöst (Jacobson, 1959). Die widersprüchlichen Identifizierungen bestehen zum einen aus einer Identifizierung die der „Häftling“ aus den Urteilen seiner „Verurteiler“ bildet und zum anderen eine Identifizierung die der Häftling bereits vor seiner Haft aus frühen Identifizierungsprozessen im Überich gebildet hat. Das Ich muss sich den Konflikt aussetzen zwischen diesen meist widersprüchlichen Identifizierungen zu vermitteln bzw. den bestehenden inneren Konflikt zu bewältigen. Was zu einer Spaltung innerhalb des Ichs führt und diese dann einen Depersonalisierungszustand auslöst, der bis zu einem Gefühl der Körperentfremdung führen kann.

³⁸ Diese Kontrollfunktion zeigt sich vor allem im Stimmungswechsel.

nicht differenziert sind, bewirkt dieser Introjektionsvorgang auch eine Doppelintrojektion, wobei zugleich auch das Ich mit den Elementen des Objektes ausgestattet wird. Anders gesagt hat diese Introjektion eine pathologische Verschmelzung zwischen den Strukturen Überich und Ich zur Folge. Diese Wiederverschmelzung wirkt dementsprechend sehr deformierend auf das Realitätsgefühl und auf die Aufrechterhaltung der Ichgrenze ein. Die depressive Grundstimmung bei psychotischen Patienten repräsentiert die sadistischen Angriffe des Überichs gegen das Ich. Ebenfalls zeigt sich der intersystemische Konflikt zwischen Ich und Überich, in den sadistischen und melancholischen Strebungen psychotischer Patienten innerhalb zwischenmenschlichen Beziehungen und in ihrer Unfähigkeit zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen. Durch den Verlust des idealisierten libidinösen Objektes, dessen Repräsentanz eine frühere Stabilität gewährleistet hätte, entsteht eine Selbstverarmung des Selbst, welches zu unerträglichen Leeregefühlen, Ängsten von Identitätsverlust und Gefühlen der Wertlosigkeit führt. Im Gegensatz zur psychotischen Depression finden wir bei der neurotischen Depression eine ausreichende Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen vor. Auch die Strukturen von Ich und Es sind zunehmend ausgebildet und differenziert (die Ichgrenze ist erhalten), wodurch letzten Endes auch die Realitätsprüfung relativ gut funktionsfähig ist. Die neurotischen depressiven Stimmungen weisen zwar auf ein strenges Überich, ein überhöhtes Ichideal, als auch auf eine Diskrepanz zwischen unrealistischen und realistischen Selbstimages hin. Allerdings hat im Gegensatz zur psychotischen Depression die Neutralisation innerhalb der frühkindlichen Entwicklung nicht versagt. Die Neutralisation erfolgt hauptsächlich aus der ödipalen Situation und der Verbote und Forderungen der Eltern, die im Überich intojiziert werden. Die psychotische Persönlichkeitsstruktur hat ihren Ursprung bereits vor der ödipalen Phase, wodurch eine Neutralisation der Triebe nicht stattfinden konnte. Das wiederum hat zur Folge, dass bei der psychotischen Depression die destruktiven Triebregungen, bei der Entstehung von Depressionen sehr intensiv erfahren werden. Durch die unzureichende Differenzierung zwischen Selbst und der Objekte werden die aggressiven Triebregungen aufgrund der typischen psychotischen Mechanismen Introjektion und Projektion abwechselnd auf das Selbst und auf äußere Objekte gerichtet.

Es ist in diesem Zusammenhang interessant die Borderline Zustände einzuordnen. Diese befinden sich in den Zwischenstufen der von Jacobson formulierten Ereigniskette. Kernberg (1980) hat darauf aufmerksam gemacht, dass die Abwehrmechanismen im Gegensatz zur psychotischen Persönlichkeitsstruktur paradoxerweise bei der Borderline- Persönlichkeit stärker ausgeprägt sind und eine psychotische Regression verhindern. „Der Grund dafür ist das Vorherrschen der Verleugnung, von sadomasochistischen Tendenzen, von Idealisierung, Abwertung u. widersprüchlichen Objektbeziehungen, dieser Patienten in Verbindung mit ihrer relativ schwachen Überich- Integration. Was dazu führt, dass eine unablässige Wiederholung von Zyklen der Idealisierung u. Abwertung, sadomasochistischer Interaktionen, einer anklammernden Suche nach neuen Objekten u. depressiven Episoden ermöglicht wird, die sich in einer ziellosen „instabilen Stabilität“ fortsetzen (leicht verändertes Zitat durch mich, Kernberg, 1980, S. 106).“ Wir können also die Borderline-Persönlichkeitsstruktur in einem Zwischenstadium der von Jacobson beschriebenen Entwicklung der Selbst- und Objektrepräsentanzen lokalisieren, in dem die Synthese zwischen idealen Selbst- Objektvorstellung und aggressiven Selbst- Objektvorstellungen noch nicht gebildet wurde, sich die Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen noch nicht vollständig vollzogen und die Konsolidierung von Überich und Ichideal sich noch nicht ereignet hat. Die fehlende Synthese der idealen Selbst-Objektvorstellungen und aggressiven Selbst- Objektvorstellungen bewirkt eine starre Separation dieser beiden Selbst- Objektrepräsentanzen, wobei die Objektwahrnehmung

durch diese Polarität beeinflusst wird. Anders gesagt, die bestehende Separation der idealen und aggressiven Selbst- und Objektimages bewirkt, dass die Borderline- Persönlichkeit Schwierigkeiten hat, ein ganzes/ konstantes Bild einer Person zu entwickeln oder dieses Bild aufrechtzuerhalten. Dieses ambivalente Selbstkonzept spiegelt sich vor allem in den spezifischen Ängsten der Borderline- Persönlichkeit wieder, was sich in der Angst davor ausdrückt, dass die gewünschte ideale Beziehung zu einem äußeren Objekt nicht aufrechterhalten werden kann. Vor allem ambivalentes, widersprüchliches oder mehrdeutiges Verhalten einer bestimmten Person führt dazu, dass diese Ängste bei der Borderline- Persönlichkeit aktiviert werden. Die spezifischen Mechanismen der Projektion, Verleugnung, Idealisierung und Introjektion die Jacobson formulierte, finden wir als ein charakteristisches pathologisches Merkmal der Borderline-Persönlichkeit wieder. Wie bereits oben erwähnt, bezieht sich die Introjektion auf die Veränderung der Selbstrepräsentanz nach der Objektrepräsentanz. Während die Projektion sich auf die Veränderung der Objektrepräsentanz nach der Selbstrepräsentanz bezieht. Beide Mechanismen haben zum Ziel, eine ideale Beziehung zu einer – für die Borderline- Persönlichkeit wichtigen und idealisierten – Person herzustellen oder aufrecht zu erhalten. Aber in Wirklichkeit führen diese Mechanismen zu einem instabilen Beziehungsmuster, welches durch eine Ambivalenz gekennzeichnet ist.

In der frühkindlichen Entwicklung wird unter anderem die Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen durch die Entwicklung des Ichs vorangetrieben. Durch eine noch undifferenzierte Struktur der Selbst- und Objektrepräsentanzen kann die Mutter durch ihre eigene Affektivität direkt Affekte im Kinde auslösen. Das gleiche gilt auch bei der Borderline-Persönlichkeit. Da keine ausgeprägte Differenzierung zwischen den Selbst- und Objektrepräsentanzen vorhanden ist, besteht eine gewisse emotionale Abhängigkeit zu bestimmten Personen. Das eigene emotionale Erleben der Borderline- Persönlichkeit wird durch die Emotionalität einer anderen (für sie bedeutenden) Person bestimmt und reguliert. Wie Volkan anhand seines klinischen Materials gezeigt hat (Volkan, 1976). Zum anderen führt die relativ undifferenzierte Struktur der Selbst- Objektrepräsentanzen dazu, dass Borderline- Persönlichkeiten dazu tendieren ihr inneres Erleben auf andere zu richten. D.h. sie denken, dass andere Menschen ihren eigenen Gefühlszuständen entsprechen.

Jacobson hat mit ihren theoretischen Beiträgen die theoretische Landschaft der Psychoanalyse sehr stark bereichert. Sie hat die Entwicklung des frühen Überichs von seinen frühesten Vorläufern bis zur Überichkonsolidierung analysiert und beschrieben. Sie hat nicht nur verschiedene Typen von Selbst- und Objektvorstellungen beschrieben, die in das Überich aufgenommen werden, sondern auch die Beziehung zwischen solchen Überich-Introjektionen und Ichidentifizierungen einerseits und den Entwicklungsstadien und psychosozialen Erfahrungen des Kindes andererseits. Kernberg schrieb dazu „Jacobson's Analyse des Überichs ist wahrscheinlich die umfassendste Untersuchung der Struktur und der Funktionen dieser psychischen Entität (Kernberg, 1976, S. 128).“ Sie ist wahrscheinlich eine Theoretikerin, die erstmalig eine umfassende Theorie gebildet hat, in der die theoretischen Implikationen aus der Objektbeziehungstheorie mit denen der Strukturtheorie verbunden wurden. Viele Theoretiker (z.B. Kernberg) haben aus diesem theoretischen Material profitiert. Was allerdings meiner Meinung nach zu bemängeln ist, bezieht sich darauf, dass sie das Konzept der Spaltung von Melanie Klein (1946, 1960) innerhalb ihrer theoretischen Überlegungen nicht integrierte, obwohl sie mit den Schriften von Melanie Klein vertraut war. Sie postulierte eine Sonderung der aggressiven und idealen Selbst-Objektrepräsentanzen, die mit den von Klein formulierten Mechanismen der Spaltung kompatibel zu sein scheinen. Jacobson's Theorie (vor allem das Verständnis ihrer Theorie) hätte meiner Meinung nach durch die Integration des Spaltungskonzepts von Klein profitiert. Ich

denke, dass dieser Sachverhalt vielleicht auf die ehemalige Kontroverse zwischen Objektbeziehungstheoretikern der kleinianischen Schule und den Freud und Ichpsychologisch orientierten Theoretikern zurückzuführen ist, die ursprünglich aus einer Rivalität zwischen den Kinderanalytikern Anna Freud und Melanie Klein entsprang. Diese Rivalität zwischen A. Freud und M. Klein führte gleichzeitig zu einer Rivalität zwischen der ichpsychologischen und der kleinianischen Schule.³⁹ Eine weitere kritische Anmerkung bezieht sich darauf, dass Jacobson anhand ihres Materials, welches sie aus der Analyse von erwachsenen Patienten gewann, den Prozess der Entwicklung des Kleinkindes rekonstruierte. Es gibt einige entwicklungspsychologische Belege die Jacobson's Annahmen falsifizieren. Da diese Belege sich auch auf die theoretischen Annahmen von Mahler beziehen, möchte ich diese erst im nächsten Kapitel (Kapitel 1.4.) anführen.

1.4. „Die psychische Geburt des Menschen“ – Mahler's Entwicklungspsychologie.

Margarete S. Mahler stellte eine Entwicklungspsychologie auf, die sich im Gegensatz von den bisherigen Theorien, die ich in diesem Kapitel aufgeführten habe, darin unterscheidet, dass sie sich nicht nur auf klinische Beobachtungen, sondern auch auf entwicklungspsychologische Empirie stützt. Mit anderen Worten: Mahler und ihre Mitarbeiter rekonstruierten die Entwicklung des menschlichen Kindes nicht anhand des analytischen Materials, welches sie aus der Analyse von Erwachsenen gewannen, sondern sie stützten ihre Annahmen auf Ergebnisse, die sie zum einen anhand klinischer Beobachtungen und zum anderen aus der Direktbeobachtung aus den Interaktionen zwischen Kindern und ihren Müttern gewannen (siehe Mahler, Pine, & Bergman, 1975). Mahler's grundsätzliches Theorem beinhaltet, dass die biologische und die psychologische Geburt nicht zeitlich zusammen fallen. Die erste ist ein beobachtbares und genau umrissenes Ereignis, die zweite ist ein langsamer, kontinuierlicher, entfaltender intrapsychischer Prozess, dessen Zeitraum sich von der biologischen Geburt bis zum dritten Lebensjahr erstreckt. Die psychische Geburt wird eingeleitet wenn „die Entstehung eines Getrenntseins von einer realen Welt u. einer Verbundenheit mit ihr, insbesondere im Hinblick auf das Erleben des eigenen Körpers u. auf den im Empfinden des Kindes wichtigsten Vertreter der Welt – das primäre Liebesobjekt (die Mutter) (Mahler, Pine & Bergman, 1975, S. 13)“ eintritt. Mahler konzentrierte sich vorrangig auf die Entwicklung des Ich und Nicht Ich, die sich von einer ursprünglichen Einheit zwischen Mutter und Kind hin zur Separation und Individuation vollzieht, wobei die Separation und die Individuation zwei separate aber dennoch untereinander ergänzende Entwicklungsgleise darstellen, die die psychische Geburt einleiten. Die Individuation beschreibt einen Prozess, in dem das Kind seine individuellen Persönlichkeitsmerkmale als solche annimmt. Die Separation/ Loslösung beschreibt das Auftauchen des Kindes aus seiner symbiotischen Verschmelzung mit der Mutter. Durch die emotionale Verfügbarkeit der Mutter wird das Kind fähig, aus einer vorausgehenden normalen symbiotischen Entwicklungsperiode, in Folge des normalen Prozesses der Loslösung und Individuation, als getrenntes Wesen zu funktionieren. Der Prozess der autonomen Entwicklung kann durch Ängste (die durch Objektverlust aktiviert werden) oder durch eine Infantilität der Mutter gestört werden (wenn sie die autonome Entwicklung des Kindes stört, obwohl das Kind kognitiv, affektiv und perzeptuell fähig ist, zwischen Sein Selbst und den Anderen zu unterscheiden). Mahler's ursprüngliches Interesse galt dabei der Erforschung der frühkindlichen Psychose und des frühkindlichen Autismus. Sie sah den

³⁹ Hinshelwood hat in diesem Zusammenhang einen interessanten Aufsatz verfasst der die Rivalität zwischen A. Freud und M. Klein historisch dokumentiert (Hinshelwood, 1996).

Autismus als eine Vorform der frühkindlichen Psychose an und die frühkindliche Psychose als ein Resultat einer Regression auf ein frühkindliches Stadium, wobei die autistischen Mechanismen ebenfalls eintreten können. Sie und ihre Mitarbeiter untersuchten die Ursachen für die symbiotische Psychose im frühesten Kindesalter. Dabei war es ihnen wichtig, einen normalen Entwicklungsweg zu skizzieren und welche Funktion die Mutter als externer Regulator, Katalysator, Aktivator oder Organisator in diesem Prozess hat. Sie stellte die These auf, dass es drei Entwicklungsphasen gibt, die etwa um das vierte Lebensjahr zur Errichtung der Identität führen (Mahler, 1968). Als Entwicklungsphasen nannte sie die autistische, die symbiotische und die Loslösungs- und Individuationsphase.⁴⁰ Die normale autistische Phase ist gekennzeichnet durch überwiegend schlafähnliche Zustände gegenüber wachen Zuständen des Neugeborenen. Der neugeborene Säugling befindet sich nach Mahler in einem Zustand halluzinatorischer Desorientiertheit. Es besteht eine Reizschranke bei der der neugeborene Säugling vor extremer äußerer Stimulierung geschützt wird. Er nimmt in dieser Phase außer seinem eigenen Körper nichts wahr. Tritt innerhalb des Erlebens des Säuglings eine Spannung auf, so reagiert er z.B. mit einem Schreien und fällt wieder in seine schlafähnlichen Zustände zurück, wenn die Spannungen gelöst worden sind (bspw. durch das Pflegeverhalten der Mutter). In dieser Phase scheint nach Mahler der frühkindliche Autismus ein Resultat einer Regression zu sein, die ihren Ursprung durch extreme Überspannung oder Überstimulierung findet. Diese Patienten können nach Mahler mit einer Stimulierung durch die Außenwelt nicht umgehen, denn die äußere Realität ist eine Quelle unerträglicher Beunruhigung (Mahler, 1952, 1965). „Der Autismus ist daher der Mechanismus, mit Hilfe dessen solche Patienten die potentielle Quelle der sensorischen Wahrnehmung, insbesondere jene, die eine affektive Reaktion fordern, auszuschließen (Mahler, 1952, S. 179).“ Durch das Pflegeverhalten der Mutter während der normalen autistischen Phase wird der Säugling allmählich zur sensorischer Bewusstheit und zum Kontakt mit der Umwelt hingeleitet. In einem Zeitraum von vier Wochen bis zum zweiten Monat tritt allmählich die normale symbiotische Phase ein. Die Reizschranke aus der normalen autistischen Phase beginnt sich aufzulösen und das Verhalten des Kleinkindes richtet sich danach eine Symbiose (eine Zweieinheit innerhalb einer gemeinsamen Grenze) mit seiner Mutter einzugehen. In dieser Phase beginnt eine Besetzungsverschiebung der Triebe vom Körperinneren zu der sensoriperzeptiven Peripherie. Durch das Erleben der eigenen Spannung und Vorgänge (Husten, Niesen, Spucken, Erbrechen usw.), sowie durch das Erleben der mütterlichen Pflegeleistungen oder der mütterlich gewonnen Befriedigung, beginnt der Säugling zwischen „unlustvollen“ und „bösen“ sowie „lustvollen“ und „guten“ Erfahrungen zu unterscheiden. Der Begriff Symbiose entsprang ursprünglich aus der Biologie und bezeichnet das Zusammenleben artverschiedener, aneinander angepasster Organismen zum gegenseitigen Nutzen. Mahler verwendete diesen Begriff als Metapher, um einen undifferenzierten Zustand zu beschreiben, in dem eine Fusion zwischen Mutter und Kind besteht. In einem Zustand in dem das Ich noch nicht vom Nicht Ich unterschieden wird und in dem Innen und Außen erst allmählich als verschieden empfunden wird. „Das wesentliche Merkmal der Symbiose ist die halluzinatorisch- illusorische, somatopsychisch omnipotente Fusion mit der Mutterrepräsentanz u. insbesondere die ebenso illusorische Vorstellung einer gemeinsamen Grenze der beiden in Wirklichkeit physisch getrennten Individuen (Mahler, 1968, S. 15).“ Nach Mahler bildet die Symbiose einen Urgrund, auf dem sich alle späteren menschlichen

⁴⁰ Der Verlauf der Loslösungs- und Individuationsphase ist gekennzeichnet durch vier Subphasen: 1. die Differenzierungsphase, 2. die Übungsphase, 3. die Wiederannährungsphase und 4. die Konsolidierungsphase.

Beziehungen herausbilden bzw. es beginnt die Fähigkeit eine psychologische Beziehung zu einem anderen Menschen aufzubauen. Ebenfalls beginnt das Kind in dieser Phase allmählich wahrzunehmen, dass seine Bedürfnisse von Teilobjekten befriedigt werden. In dieser Phase führt nach Mahler eine Regression zu einer frühkindlichen Psychose oder zur Psychose bzw. Schizophrenie im Erwachsenenalter. Je nach dem welchen Grad die strukturelle Differenzierung (Differenzierung zwischen Ich, Es u. Überich) erreicht hat, unterscheidet Mahler nach kindlicher Psychose, Psychose oder Schizophrenie im Erwachsenenalter (Mahler, 1952, 1960, 1965, Mahler & Gosliner, 1955, Mahler & Furer; 1960). Für die Psychose ist es nach Mahler charakteristisch, dass die Selbstrepräsentanz von der Objektrepräsentanz nicht differenziert ist, sondern eher sich „verschmelzen“ oder in „verschwommenen“ Teilobjekten darstellt, die selbst als ein Teil des Selbst wahrgenommen werden. Da die Differenzierung zwischen Selbst- und Objektvorstellungen mit der Entwicklung des Ichs einhergeht, ist auch die Realitätsprüfung bei der Psychose stark eingeschränkt. Nach Mahler wird der autistische Mechanismus auch bei der Psychose angewendet, um einen entemotionalisierten Zustand zu erreichen, wenn die Außenwelt als unerträglich empfunden wird. Im Gegensatz zum Autismus, scheint es bei der frühkindlichen Psychose, dass ein Kontakt bzw. ein unspezifisches Gewähr werden für die äußere Realität vorhanden ist. Während ein charakteristisches klinisches Phänomen des frühkindlichen Autismus sich in einem Kampf gegen jede Forderung nach menschlichen Kontakt zeigt, ist es bei der Psychose eher umgekehrt. Introjektiv- projektive Mechanismen (siehe Jacobson, 1964, 1967) versuchen den Symbiotischen Zustand/ die illusorische, halluzinatorische Wiederverschmelzung mit dem Liebesobjekt wiederherzustellen oder parallel dazu versuchen „Erhaltungsmechanismen“ (autistische Mechanismen) eine Objektbindung zu verhindern (Mahler, 1968). Die Kernstörung der Psychose im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter liegt demnach nach Mahler in der symbiotischen Beziehung zwischen Mutter und Kind in einem Zeitraum zwischen dem dritten und achten Lebensmonat. Diese symbiotische Beziehung ist entweder ernstlich gestört, wobei keine Grundlage für eine zukünftige Individuation bereitgestellt wird, oder aber die symbiotische Beziehung fehlt ganz. Mit etwa vier bis fünf Monaten ist das Kind innerhalb der symbiotischen Beziehung mit der mütterlichen Hälfte seines Selbst vertraut geworden. Es befindet sich auf dem Höhepunkt der Symbiose und erste Verhaltensweisen deuten auf die erste Subphase der Loslösung und Individuation hin (gemeint ist Differenzierungsphase). Die Loslösungs- und Individuationsphase ist für die Entwicklung des Ichs und die Entwicklung der Objektbeziehungen entscheidend. Die charakteristische Angst in dieser Phase ist die Trennungsangst (gleichverbunden mit Furcht vor Vernichtung). In dieser Phase beginnt unter anderem auch die Entwicklung des Identitätsgefühls. Sobald das Kind motorisch dazu in der Lage ist, versucht es aus den Armen der Mutter heraus zugelenken (bevorzugt aber dennoch ihre Nähe). Mit ca. 6 Monaten verändert sich die Wahrnehmung des Kindes insoweit, dass es fähig wird zwischen dem eigenen Körperbild und dem Körperbild der Mutter zu unterscheiden. Die beiden Entwicklungsgleise der Loslösung- und Individuation leiten einen Strukturierungsvorgang ein, der die Differenzierung von Selbst-Objektrepräsentanzen und die Polarisierung von „guten“ und „bösen“ Selbst- und Objektrepräsentanzen vorantreibt. Die Differenzierung zwischen den Selbst- und Objektrepräsentanzen schreitet vom 13 bis zum 18 Monat fort. Bis zu diesem Übergang scheinen diese immer wieder ineinander zu „verschmelzen“. Mit zunehmender Entwicklung der autonomen Funktionen wird die zweite Subphase (Übungsphase) eingeleitet. Charakteristisch für diese Phase ist es, dass das ursprüngliche Interesse an der primären Bezugsperson auch auf unbelebte Dinge übertragen wird, wodurch das Bedürfnis nach Exploration seinen Höhepunkt erreicht. Die libidinöse Besetzung verschiebt sich während

des 6 bis 8 Monats zugunsten der autonomen Entwicklung des Ich und auf dessen Funktionen, womit die Realitätsprüfung beginnt. Mahler führte an, dass der Narzißmus des Kindes in dieser Phase auf dem Höhepunkt ist und die Mutter dabei als erweitertes Selbst empfunden wird (Mahler, Pine, & Bergman, 1975). D.h. sie schützt das Kind vor seiner Ohnmacht, in dem sie es ermöglicht seinen autonomen Strebungen und seinen Interessen zu realisieren, bzw. seine Illusion der Allmacht durch ihre Anwesenheit aufrechtzuerhalten. Das Kind pendelt in dieser Zeit zwischen dem Wunsch die Symbiose mit der Mutter aufrechtzuerhalten und dem Wunsch seinen eigenen Expansionsstrebungen nachzugehen. Mit dem Erwerb der aufrechten, freien Fortbewegung und der darauf folgenden kognitiven Entwicklung, die sich Mitte des zweiten Lebensjahres entwickelt hat, tritt das Kleinkind als losgelöstes autonomes Wesen in Erscheinung. Es erreicht die Identitätsstufe: eine getrennte, individuelle Einheit zu sein. Nach Mahler bedeutet Identität „die früheste Wahrnehmung eines Daseinsgefühls, ein Gefühl, das eine potenzielle Besetzung des Körpers mit libidinöser Energie umfasst. Es ist nicht das Gefühl, wer ich bin, sondern dass ich bin (Mahler, Pine, & Bergman, 1975, S. 19).“ Mit dem Bewusstwerden der physischen Getrenntheit und der zunehmenden Differenzierung des eigenen Gefühlslebens entsteht eine Furcht vor Trennungsangst und die Furcht vor Identitätsverlust im Kinde. Diese Ängste zeichnen die dritte Subphase der Loslösungs- und Individuationsphase aus – die sog. Wiederannährungsphase („Rapprochement“). Das Kind bemerkt, dass die Eltern getrennte Individuen mit eigenen Interessen und mit einem eigenen Gefühlsleben (Objekt Konstanz) sind. Es entstehen Loyalitätskonflikte und Wiederannährungskonflikte, die verbunden sind mit einer Angst von der Mutter verschlungen zu werden (Identitätsverlust). Diese Ängste gestalten die Beziehung des Kindes zur Mutter sehr ambivalent.⁴¹ Im Alter von etwa 21 Monaten scheinen diese Konflikte und das Schwanken zwischen Nähe und Distanz abzunehmen. Durch die Entwicklung der Realitätsprüfung fallen allmählich auch die omnipotenten Phantasien und narzißtischen Allmachtphantasie gegen Ende dieser Phase ab. Mahler sah in dieser Phase, dass die vorherrschenden Konflikte und elterlichen Verbote zu einer vorzeitigen Verinnerlichungen führen, die als Vorläufer des Überichs hinweisen und in pathologischer Form zu einer schweren Neurose im Erwachsenenalter beitragen können. Gegen Ende des dritten Lebensjahres ist das Kind in der Lage das „gute“ und „böse“ Objekt zu einem einzigen ganzen Bild der Mutter zu internalisieren. Ebenfalls bewirkt dieser Vorgang die Neutralisierung und Vermischung der beiden Triebe. Mahler bezeichnete diese Phase die Konsolidierungsphase, womit die Vollendung der psychischen Geburt abgeschlossen ist.

Während der Loslösungs- und Individuationsphase ist es nach Mahler wichtig, dass die Mutter eine optimale emotionale Verfügbarkeit, die das Urvertrauen des Kindes fördert, aufrechterhält. Zum einen sollte die Mutter die Expansion des Kindes unterstützen und zum anderen sollte sie den Wunsch des Kindes nach emotionaler Verfügbarkeit gewährleisten. Die positiven Erfahrungen des Kindes innerhalb der Beziehung zu seiner Bezugsperson bewirken, dass sich diese positiven Erfahrungen als Gedächtnisspuren niederlegen, womit das Urvertrauen gebildet wird und die Trennungsangst abnimmt. In Situationen, in denen die Mutter nicht anwesend ist, kann dann dieses Bild der „verfügbaren Mutter“ aufrechterhalten werden und Explorationsbestrebungen, die für die Ichentwicklung und ebenso für die Identitätsbildung wichtig sind, nehmen ihren ungestörten Lauf. Nur durch das Urvertrauen

⁴¹ Dieses Bild und das Verhalten der Kinder in diesem Lebenszeitraum, welches Mahler und ihre Mitarbeiter durch ihre empirischen Beobachtungen im *Masters Children's Center* gewannen, deckt sich nach Mahler's Aussage mit den metapsychologischen Annahmen einer intrapsychischen Spaltung zwischen „bösen“ und „guten“ Objektrepräsentanzen (Mahler, Pine, & Bergman, 1975).

können die Explorationsversuche zugunsten einer symbiotischen Beziehung weichen. Der Prozess der Loslösung und Individuation bildet sowohl für das Kleinkind als auch für die Mutter eine ungeheure Veränderung. So können in dieser Phase der infantilen Entwicklung erhebliche innerpsychische Konflikte und Ängste auf Seiten der Mutter entstehen, die sich störend auf die normale Entwicklung des Kleinkindes auswirken. Von Seiten der Mutter kann z.B. das Kleinkind als ein Teil des eigenen Selbst und dessen Bestrebungen zur Exploration als Bedrohung erlebt werden bzw. die kindlichen Versuche zur Exploration führen zu einer abwertenden und kühlen Haltung der Mutter. Unbewusste Phantasien oder Konflikte der Mutter können innerhalb dieser Phase auf das Kind projiziert werden und den normalen Weg der Loslösung und Individuation verhindern (Mahler & Furur, 1963, Mahler, Pine, & Bergman, 1975).

1.4.1. Kritik und Evaluation

Die Entwicklungstheorie von Margarete Mahler ist wahrscheinlich eine der bekanntesten Theorien, auf die sich viele Theoretiker zum klinischen Nutzen, sowie für das Verständnis pathologischer Phänomene beziehen. So sieht man diese theoretische Konzeption immer gerne in Beziehung mit der von Jacobson (1964) beschriebenen Entwicklung der Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen. Diese zwei Theorien sind ein wesentlicher Beitrag, die vor allem das Verständnis der Borderline- Pathologie erweiterten. So schreiben Blanck und Blanck: „Die Erkenntnisse, dass Borderline- Phänomene ihren Ursprung in Entwicklungsmängeln während der Loslösungs- u. Individuationsphase haben, ist für eine präzise Diagnose u. die Behandlung dieser Probleme von ausschlaggebender Bedeutung (Blanck & Blanck, 1974, S. 81).“ Mahler sah die pathogene Ursache für Borderline- Phänomene innerhalb der Subphase der Wiederannäherung (Mahler, 1971, 1977). In dieser Phase scheint es charakteristisch für Kinder zu sein, ein ambivalentes Verhalten zu zeigen. Dieses Verhalten zeigt sich sowohl in dem Kampf um Autonomie, als auch in dem Wunsch nach Nähe. Zum einen streben sie danach, sich an die Mutter anzuklammern, oder aber sie zeigen eine wegschubsende Haltung gegenüber der Mutter. Wobei nach Mahler die Angst erstens: vor Objektverlust und zweitens: vor dem Verschlungenwerden charakterisiert wird. Mahler nahm an, dass der Spaltungsmechanismus innerhalb dieser Phase das Kind sowohl vor der Trennungsangst (Objektverlust) als auch vor der Angst des Identitätsverlustes schützt und sich dies in dem phasenspezifischen Verhalten zeigt. Das Objekt wird in Parameter „gut“ und „böse“ gespalten, um mit Hilfe dieser Spaltung das „gute“ Objekt gegen die Abkömmlinge des Aggressionstriebes zu verteidigen. Dieser Mechanismus ist wie ich in den vorigen Kapiteln gezeigt habe auch für Borderline- Patienten charakteristisch (siehe Jacobson und Klein). Die „guten“ Objektrepräsentanzen werden vor der Anwesenheit und der Präsenz der „bösen“ Objektrepräsentanzen gespalten. Dabei dienen Mechanismen wie Idealisierung, Abwertung, Verleugnung, Introjektion und Projektion zur Aufrechterhaltung dieser Spaltung. Mahler beobachtete, dass manche Mütter in der Wiederannäherungsphase auf ihre zurückkehrenden Kleinkinder mit Aggression oder Rückzug reagierten und dass das darauffolgende Verhalten dieser Kinder dem Verhalten von Borderline- Patienten ähnelte (Mahler, Pine, & Bergman, 1975). Fonagy und Target führten an: „Residuen der Rapprochement- Subphasenkonflikte äußern sich bei dieser Gruppe in der unstillbaren Sehnsucht nach einer Verschmelzung mit der Mutter, die gleichzeitig mit der Angst vor einer solchen Fusion einhergeht, u. weiterhin andauernden Spaltung der Selbst- u. Objektrepräsentanzen, die den Erwerb der Objektkonstanz und der Identität verhindern. Die Suche nach einer „nur guten“ Mutter wird lebenslang fortgesetzt, unerbittliches Anklammern u. negativistische Rückzüge machen die Herstellung einer

„optimalen Distanz“ unmöglich (Fonagy & Target, 2003, S. 134).“ Masterson (1976) entwickelte Mahler's Konzept der Borderline- Pathologie weiter und ergänzte es mit den Sichtweisen von Bowlby, Jacobson, Fairbairn, Spitz und Kernberg. Er war der Meinung, dass Mütter von Borderline- Patienten selbst Borderline- Persönlichkeiten sind, die auf die regressiven Verhaltensweisen (symbiotisches Anklammern) ihrer Kinder mit Zuwendung und auf die Anstrengungen ihrer Kinder zur Loslösung und Individuation mit Liebesentzug reagierten. So liegt der tiefe Konflikt der Borderline- Persönlichkeit auf der einen Seite dem Wunsch nach Autonomie und Unabhängigkeit nachzugehen und auf der anderen Seite werden sie mit der Angst vor Liebesverlust konfrontiert. Eine symbiotische, anklammernde Beziehung kann über einen bestimmten Zeitraum eine Sicherheit bedeuten. Dennoch werden Borderline- Persönlichkeiten, parallel mit der Angst verlassen zu werden, konfrontiert. Ein lebenslanger Kreislauf ist die Folge, wobei Phasen glückseliger Vereinigung mit Phasen der Leere und Depression abwechseln. In diesem Zusammenhang prägte Masterson unter anderem den Begriff der „Verlassenheitsdepression“ (Masterson, 1976). Die Loslösungs- und Individuationsphase wird aufgrund ihres Verlaufes häufig auch als kritische Phase bezeichnet. Mahler nahm in diesem Zusammenhang immer wieder Bezug, auf das von Winnicott beschriebene Phänomen der „Übergangsphänomene“ und „Übergangsobjekte“ (Winnicott, 1971). Diese Phänomene treten innerhalb des vierten und zwölften Lebensmonats auf und beinhalten eine Bewältigungsmaßnahme des Kleinkindes, um sich vor den depressiven Ängsten, die aus realer Trennung von dem primären Liebesobjekt entstehen, zu schützen. Als Übergangsphänomen betrachtete Winnicott (1971) all die Verhaltensweisen des Kleinkindes, die sich auf die Aspekte der Autoerotik beziehen (z.B. Daumenlutschen oder mit den Fingern an den Lippen spielen). Das Kleinkind stimuliert und beruhigt sich in gewisser Weise selber, wenn es die erwartete Stimulation durch das äußere Pflegeverhalten der Mutter nicht erfährt. Im späteren Verlauf der Entwicklung treten unbelebte Objekte ein, die anstelle der Übergangsphänomene den Platz eines Übergangsobjekts einnehmen (Kuscheltiere, Puppen, Teddybären, Deckenziptel usw.). Diese Objekte stehen im gewissen Sinne stellvertretend für die mütterliche Brust oder für das Objekt der ersten Beziehung, wenn diese einmal abwesend sind. Sie sind also Repräsentanzen einer tröstenden Mutter. Das heißt also, dass diese Übergangsobjekte den Schein eines Objektkontaktes aufrechterhalten und gleichbedeutend werden diese Objekte ebenso Triebesetzt wie das primäre Objekt. In einem normalen Entwicklungsprozess nimmt die Bedeutung der Übergangsobjekte in der Regel ab, weil das Interesse und die Triebesetzung sich nach den intermediären Bereichen zwischen innerer Realität und äußerer Realität verschieben und weil das Kleinkind die Trennungsangst während seiner Entwicklung im Groben überwunden hat. Winnicott wies allerdings darauf hin, dass diese Objekte dennoch bei fortgeschrittener Entwicklung weiter fortbestehen können und auf pathologische Gegebenheiten hinweisen. „Das Bedürfnis eines speziellen Gegenstandes o. eines bestimmten Verhaltensmuster, das aus einer sehr frühen Entwicklungsphase stammt, kann in einem späteren Alter wieder auftauchen, wenn sich das Kind vom Verlust seines Liebesobjekts bedroht fühlt (Winnicott, 1971, S. 14).“ Viele Praktiker erwähnen, dass Borderline- Patienten, die eine Fixierung innerhalb eines frühkindlichen Stadiums aufweisen in der Trennungsangst und Übergangsobjekte eine wesentliche Bedeutung zugeschrieben wird, dazu neigen solche Objekte als Trostspender zu besitzen oder dass solche Objekte in ihrer Vergangenheit als Trostspender mal von Bedeutung waren (Volkan, 1976, Kreisman & Straus, 1989, Gunderson, 2001). Ich möchte allerdings darauf hinweisen, dass ich es für fragwürdig halte, Übergangsobjekte als ein diagnostisches Kriterium für die Borderline- Persönlichkeit zu erheben, weil ich denke, dass dieses Kriterium zum einen nicht nur auf

Borderline- Patienten und zum anderen vielleicht nicht auf alle Borderline- Patienten zutrifft.⁴² Wichtig ist auch, dass Übergangsobjekte oder Objektersatz eine Vielzahl von Dimensionen annehmen können, die erst während eines therapeutischen Prozesses zu Tage treten. So können auch unspezifische Objekte, z.B. Medikamente, Drogen oder Haustiere die Funktion von Übergangsobjekte oder eines Objektersatzes übernehmen (Volkan, 1976, Dulz & Ramb, 2011). Ich bin der Auffassung, dass Winnicott's Beitrag zum Verständnis dieser Phänomene für therapeutische Interventionen bzw. der Einsatz von Übergangsobjekten innerhalb der therapeutischen Behandlung relevant sein könnte. Volkan berichtete von Fintzy's therapeutischem Vorgehen, der die Kluft zwischen Patient und Therapeut mit Hilfe eines Übergangsobjektes überbrücken wollte (Volkan zit. nach Fintzy, 1976). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist außerdem, dass solche Objekte nicht nur eine Brücke zwischen dem Selbst und dem Anderen schaffen können, sondern auch einen intermediären Raum zwischen Innen- und Außenwelt herstellen und zu einem kommunikativen Prozess beitragen können. Daszkowski (2011) brachte Übergangsobjekte in einem Zusammenhang mit kunsttherapeutischen Erzeugnissen in Verbindung. Sie integrierte die Objektbeziehungstheorie und die These, dass die Borderline- Persönlichkeitsstörung eine Fixierung auf der Separations- und Individuationsphase aufweist, in ein kunsttherapeutisches Konzept, welches einen integrativen und ergänzenden Beitrag zur allgemeinen Borderline- Behandlung schafft. Kunsttherapeutische Erzeugnisse nehmen in diesem Konzept die Rolle eines Übergangsobjekts ein und schaffen somit 1. ein Kontaktangebot jenseits von Sprache zwischen Patient und Therapeut, 2. dieses Kontaktangebot stellt eine sichere Verbindung zur Welt her und erhält innerhalb der Beziehung zwischen Therapeut und Patient eine Brückenfunktion, 3. es hilft dem Patienten Nähe und Distanz zwischen dem Therapeuten zu regulieren, 4. das Gespräch über ein kunsttherapeutisches Produkt ist unter Umständen nicht so bedrohlich wie ein direktes Gespräch über ihn selbst, 5. das kunsttherapeutische Produkt schafft nicht nur Kontakt zur Außenwelt, sondern auch zur Innenwelt und dient der Bewußtmachung und Darstellung von Symptomen, Traumata und intrapsychischen Dynamiken.

Mahler postulierte, dass der menschliche Säugling eine normale autistische Phase durchläuft. Diese Phase ist dahingehend gekennzeichnet, dass der Säugling außer seinen eigenen inneren physiologischen Prozessen nichts außerhalb seines Selbst wahrnimmt (Mahler, 1968). Er ist umgeben von einer Reizschranke, die ihn vor Überstimulierung und dem Einfluss von äußeren Reizen schützen soll. Es ist auffallend, dass diese Phase der sowohl von Jacobson's (1964) formulierten frühkindlichen Zustandes eines undifferenzierten psycho- physiologischen Ur- Selbst, sowie der von Spitz's (1954) angenommenen Stufe der Objektlosigkeit entspricht. Diese Annahmen die alle drei von mir aufgezählten Theoretiker gemeinsam teilen, scheinen sich nicht mit den empirischen Daten der Säuglingsforschung zu decken. Dornes (1993) kritisierte, dass Spitz und Mahler bei dem Postulat einer objektlosen Stufe oder einer autistischen Phase sich nicht auf empirische Daten stützten, sondern sie stützten sich eher auf metapsychologische Annahmen, die in etwa Freud's (1914) primären Narzißmus entsprechen. Säuglingsforscher haben bewiesen, dass der menschliche Säugling sowohl fähig ist, äußere Reize differenziert wahrzunehmen, als auch dass diese äußeren Reize sein Interesse dahingehend erwecken, dass er sie aktiv sucht, wahrnimmt und verarbeitet, statt sich vor ihnen zu schützen. Von Geburt an befindet sich der Säugling in

⁴² Auch Gunderson (2001) kritisierte das Vorgehen einiger Praktiker die Patienten als Borderline- Patienten diagnostizieren, wenn sie bei einem Erstkontakt berichteten, dass es ihnen sehr wichtig ist Kuscheltiere oder Fotos während eines Klinikaufenthalts bei sich zu tragen.

einem Zustand der sog. Inaktivität, in dem er wach und körperlich ruhig ist und äußere Vorgänge in sich aufnimmt. Er ist schon bereits nach drei Tagen fähig seine Mutter am Geruch zu erkennen und den Kopf zuverlässig der Stillage seiner Mutter anzupassen. Stern (1977, 1985) berichtet, dass der Säugling von Geburt an ein zentrales Bestreben aufweist seine Sinneseindrücke zu ordnen und zu kategorisieren, um verlässliche Einschätzungen über die Welt nach Muster, Ereignissen, Zusammenhängen und Erfahrungen zu erstellen. Auch das Konzept der normalen Symbiose wird von vielen Säuglingsforschern angezweifelt. Nach Mahler (Mahler, 1968, Mahler, Pine, & Bergman, 1975) befindet sich der Neugeborene in einer halluzinatorisch- illusorisch, somatopsychisch omnipotente Fusion. In seiner illusorischen Vorstellung bilden Mutter und er eine gemeinsame Grenze. In dieser Zeit ist es dem Neugeborenen noch nicht bewusst, dass er und sein primäres Liebesobjekt in Wirklichkeit zwei physisch getrennte Individuen sind. Viele Säuglingsforscher konnten nachweisen, dass der menschliche Säugling schon sehr früh ein Gefühl entwickelt zwischen sich und äußeren Objekten zu unterscheiden z.B. durch propriozeptive Empfindungen oder differentielle Kontingenzwahrnehmung (Stern, 1985, Dornes, 1993, 1997). Säuglinge im Alter von zwei Monaten sind fähig, die Kopfhaltung zu modifizieren oder zu blinzeln, wenn sie ein Objekt erblicken, das sich ihnen auf Kollisionskurs nähert. Nach Stern (1985) ist der Prozess sich selbst als ein getrenntes physisches Wesen zu betrachten bereits nach zwei Monaten abgeschlossen. Ebenfalls ist der Säugling schon sehr früh in der Lage und bringt bereits nach seiner Geburt ein beachtliches Repertoire mit, welches ihm ermöglicht einen aktiven und kompetenten Interaktionspartner abzugeben.⁴³ Er ist fähig, seine Umwelt bspw. durch wechselseitigen Blickkontakt, Kontaktaufnahme, wechselseitige Vokalisierungen oder Abwenden des Blickkontaktes aktiv zu beeinflussen und parallel dazu seine Verhaltensweisen (Möglichkeiten) an die Umwelt anzupassen (statt wie Mahler eine Passivität des Säuglings postulierte). Die Entwicklung für ein Gefühl ein physisch getrenntes Wesen zu sein, scheint demnach schon bereits frühzeitiger abgeschlossen zu sein als Mahler erwartet hat. Allerdings scheint das Konzept der Symbiose für klinische Zwecke immer noch relevant zu sein. Viele Patienten berichten über symbiotische Verschmelzungswünsche, die mit der Angst vor Selbstverlust und Identitätsverlust einhergehen. Dornes (1993) führte dies darauf zurück, dass die frühe Abhängigkeit als traumatisch und nicht als befriedigend erlebt wurde. Ein Grund dafür ist die Tendenz der Eltern die selbständigen Verhaltensweisen des Kindes a) einzuschränken, b) als gefährlich zu interpretierten, c) zu unterbrechen oder d) mit Angst zu besetzen. Daraus resultiert, dass der Säugling lernt, dass selbständiges Verhalten für sich, für seine Eltern oder für beide gefährlich ist. Das Resultat der verlorenen Selbständigkeit, die zugleich mit Angst besetzt wird, führt in die Flucht der Symbiose, dessen Preis eine ständige Einschränkung bedeutet. Ich habe versucht zu verdeutlichen, dass Mahler's Entwicklungskonzept der autistischen und symbiotischen Phase überdacht werden sollte. Wir wissen, dass sich der Säugling selbst bereits früh, als ein getrenntes physisches Wesen wahrnimmt. Ob er allerdings auch ein Gewahrwerden für mentale Zustände besitzt, welches in meinen Augen einer der wesentlichsten Aspekte der Loslösungs- und Individuationsphase ist, scheint allerdings nicht der Fall zu sein. Mit anderen Worten ist der Säugling nicht fähig sich und seine primäre Bezugsperson auch im psychischen Sinne als zwei getrennte Individuen mit eigenen mentalen Zuständen wahrzunehmen. Das Erfassen und die Kohärenz psychischer Zustände scheinen sich erst später zu entwickeln und nicht im Zusammenhang mit physischen Grenzen zu stehen (siehe Fonagy et. al., 2002). Fonagy und Target wiesen darauf hin „Eine

⁴³ Siehe auch Bindungsverhalten bei Bowlby (1980, 1988).

symbiotische intersubjektive Einheit könnte somit für das Säuglingsalter und sogar für die frühe Kindheit tatsächlich charakteristisch sein, allerdings lediglich auf der Ebene der mentalen Repräsentation mentaler Zustände (Fonagy & Target, 2003, S. 138).“ Interessant ist auch der Beitrag von Mahler (1975) und Jacobson (19964) über die Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen, die zu einer reifen Beziehungsebene führt (Objektkonstanz). Fonagy und Target (2003) wiesen in diesem Zusammenhang auf eine Untersuchung von Blatt und seinen Mitarbeitern hin. Diese haben eine Methode entwickelt, mit deren Hilfe es möglich ist, die Dimensionen der Selbst- Objektrepräsentanzen und die Beziehungsebene zu messen. Sie baten ihre Probanden (Adoleszente innerhalb einer stationären Langzeittherapie) eine kurze Schilderung über ihre Gedanken und Gefühle im Zusammenhang mit wichtigen Personen (Mutter, Vater, Therapeut) zu geben. Sie stellten anhand der Auswertung der Narrationen fest, dass am Anfang der Behandlung kein klares Bild vom Objekt und Selbst als getrennte psychische Entität auftrat. Allerdings sich dieses Bild im Verlauf der Behandlung und beginnender Integration von positiven und negativen Elementen, eine Objektkonstanz entwickelte. Außerdem stellten sie fest, dass eine Symptomverbesserung eintrat, wenn die Differenzierung zwischen Selbst- und Objektimages während der Behandlung fortschriet. Je besser die therapeutische Veränderung verlief, desto besser waren sie in der Lage komplexere und nuanciertere Repräsentationen einer Figur zu konstruieren (Fonagy & Target zit. nach Blatt, 2003, S. 138ff). Die Ergebnisse beschreiben einen therapeutischen Prozess, der die Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen sehr gut wiedergibt. Diese Ergebnisse decken sich auch mit den mahlerschen Untersuchungen über die Loslösungs- und Individuationsphase (Mahler, 1968).

Einleitung.

In den letzten Jahrzehnten gewann der Begriff „Borderline Persönlichkeitsstörung“ zunehmend an Bedeutung. Er tauchte innerhalb der Psychiatrie in den 30er Jahren auf und wurde in den 70er Jahren als Zustand klarer definiert. Der Psychoanalytiker Adolph Stern verwandte den Begriff „Borderline“ erstmalig 1938, um eine Patientengruppe zu bezeichnen, die sowohl neurotische als auch psychotische Merkmale aufwies (Kind, 2011). Eine allgemeinere Form dieser Bezeichnung findet sich allerdings schon 1884 bei Hughes, der von einem „Borderland“ sprach (Dulz, 2011a). Das Konzept der Borderline- Störung lässt sich auf vier verschiedene Entwicklungswege zurückführen, die zeitlich oder nacheinander stattgefunden haben, bis schließlich die Borderline- Störung die konkrete Form innerhalb unserer psychiatrischen und psychoanalytischen Nosologie erhielt, die wir heute vorfinden (siehe Herpertz & Saß, 2011). Zum einen lässt sich eine Entwicklungslinie (ca. 1900 bis ca. 1970) nachzeichnen, die die Borderline- Persönlichkeitsstörung von den subschizophrenen Störungen abgrenzte. In der älteren Literatur finden wir Bezeichnungen die diesen Entwicklungsweg gut dokumentieren z.B. „latente Schizophrenie“, „pseudoneurotische Schizophrenie“, „ambulatorische Schizophrenie“. Unter anderem wird von Patienten berichtet, die eine präpsychotische Persönlichkeitsstruktur⁴⁴ aufweisen. Es ist daher schwer nachzuvollziehen, ob die ehemaligen Autoren von psychotischen oder von borderline- Patienten sprachen. Man könnte selbst Breuer's und Freud's berühmte Patienten Anna O. in die Gruppe der Borderline- Patienten einordnen (Breuer & Freud, 1895). Selbst Fairbairn's Patienten, die als Patienten mit einer schizoiden Persönlichkeitsstruktur klassifiziert worden sind, scheinen der Gruppe der Borderline- Patienten sehr nahezustehen (Fairbairn, 1940). Auch innerhalb der Literatur der kleinianischen Autoren, die sich damit auszeichnen, schwere Persönlichkeitsstörungen zu behandeln, handelt es sich oft nicht um psychotische oder schizophrene Patienten, sondern um Patienten die man vielleicht der Gruppe der Borderline- Störungen zuordnen würde. Lediglich Herbert Rosenfeld (1987) scheint in seinen Analyseprotokollen und Fallberichten über schizophrene und psychotische Patienten zu sprechen. Eine zweite Entwicklungslinie die relativ parallel verlief ging von der emotionalen affektiven Instabilität (Stimmungswechsel) dieser Patienten aus. Im Wesentlichen ging es darum, die Borderline- Persönlichkeitsstörung als Grenzgebiet von den bipolaren und affektiven Störungen auszuschließen. Dieser Wandel führte dazu, dass sich Ende der 70er Jahre eine Tendenz in den USA verstärkte, die Gruppe der affektiven Störungen neu zu bewerten. Im Mittelpunkt der Symptomatik der Borderline- Störung liegt zwar eine Störung der Affektregulation vor, aber diese unterscheidet sich grundsätzlich und phänomenologisch von den Kriterien der affektiven Erkrankungen. Die dritte Entwicklungslinie (ca. 1990 bis 2007) beschäftigte sich mit der Borderline- Störung als Impulskontrollstörung. Dieser Entwicklungsweg definierte die intrapsychische Dynamik, die für die impulshaften Handlungen (bspw. Ess-/ Brechattacken, selbstschädigende Verhaltensweisen, Alkoholexzesse, Wutausbrüche usw.), dieser Patienten charakteristisch sind. Es folgte eine Abgrenzung von der antisozialen Persönlichkeitsstörung, der Anorexia Nervosa, aber auch die hohe Komorbidität mit Essstörungen (Bulimia nervosa) wurde herausgearbeitet. Der letzte Entwicklungsweg betrachtete die Borderline- Persönlichkeitsstörung als Posttraumatische Belastungsstörung. So wird die Häufigkeit von körperlichen Misshandlungen bei Patienten mit einer Borderline- Persönlichkeitsstörung zwischen 30%

⁴⁴ Ein Überblick über ehemalige Bezeichnungen befindet sich auch unter anderem bei Kernberg (1975) und Kind (2011).

und 40% und die des sexuellen Missbrauchs zwischen 25% und 70% angegeben. Es gibt Übereinstimmungen darin, dass das klinische Erscheinungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung zumindest zum Teil von den Folgen kindlicher traumatischer Erfahrungen geprägt ist. Allerdings können metaanalytische Ergebnisse keinen Zusammenhang zwischen Missbrauch und Borderline-Persönlichkeitsstörung erkennen (Rohde-Dachser, 2004).⁴⁵ Die dissoziativen Zustände, die die Merkmale einer Posttraumatischen Belastungsstörung sind und den Bezug zu einem traumatischen Erlebnis herstellen, werden im Gegensatz bei Borderline-Zuständen weniger intensiv erlebt und sind daher von kurzer Dauer. Ein weiteres Argument bezieht sich darauf, dass sich eine Häufung von Traumata auch bei anderen psychiatrischen Störungen (bspw. Schizophrenie, Antisoziale Persönlichkeitsstörung oder schweren narzißtischen Störungen) finden lässt. Ebenso berichten eine Vielzahl von Patienten, die die Kriterien einer Borderline-Störung erfüllen, dass keine gravierenden Traumata innerhalb ihrer Kindheit erfahren wurden. Alles im Allem hat sich die Diskussionen, ob es sich bei der Borderline-Störung nun um eine Diagnose handelt, die dem psychotischen oder dem neurotischen Formenkreis angehört, mittlerweile eingestellt und weitestgehend dahin verlegt, dass das Zentrum der Betrachtung nicht mehr die Abgrenzung der Borderline-Störung von der Schizophrenie, Manie oder Bulimie ist, sondern ihre Einordnung unter dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen zu finden ist. Die gegenwärtige Literatur und Forschung richtet sich vor allem nach den aufgestellten Kriterien, die von Kernberg (1984) und Gunderson (2005) formuliert und in den amerikanischen DSM Kriterien für das Borderline-Syndrom integriert wurden. Die theoretische Entwicklung macht den Anschein, dass sich eine Auffassung gebildet hat, die die Borderline-Störung als eine psychische Erkrankung *sui generis* versteht. Im ersten Teil dieser Arbeit habe ich versucht darzustellen, welche theoretischen Weiterentwicklungen in der psychoanalytischen Wissenschaft dazu beigetragen haben, die Borderline-Störung als ein abgegrenztes klar definiertes Krankheitsbild zu beschreiben, welche durch die hervorragende Arbeit von Kernberg (1976, 1984) und in Deutschland von Rohde-Dachser ([1979] 2004) zusammengefasst und integriert wurden. Jürgen Kind wies darauf hin, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung von einer verwirrenden Restkategorie zu einer am besten empirisch belegten Persönlichkeitsstörungskategorie der gegenwärtigen Klassifikation geworden ist (Kind, 2011). Auch Langzeittherapie Modelle bspw. von Kernberg (1975) oder Masterson (1976) führen zu einer koloreten optimistischen Einstellung der Behandelbarkeit von Borderline-Patienten. Auch wenn Kernberg insgeheim die Prognose für eine Borderline-Persönlichkeit von ihrer Ichstärke und ihrer Reflexionsfähigkeit abhängig macht.⁴⁶ So zeigen Langzeitstudien (Zanarini & Hörz, 2011), dass eine Abnahme der Symptome und des Leidens dieser Patientengruppe durch psychotherapeutische Interventionen zutrifft und zu erwarten ist (vorausgesetzt psychotherapeutische Maßnahmen werden getroffen). Wir können also erwarten, dass es sich bei der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung, zum einen um eine Diagnose handelt die klar definiert und psychodynamisch orientierten Therapeuten erlaubt, sich gedanklich 1. auf eine spezifische typologische

⁴⁵ Rohde-Dachser (2004) führte die Borderline-Persönlichkeitsstörung wie viele andere Analytiker, auf eine gescheiterte Mutter – Kind – Beziehung zurück. In der eine Vielzahl chronischer frühkindlicher Traumata vorherrschte, die die Kindheit zum Alptraum werden ließen. Diese können allerdings nicht mit den Forschungsverfahren wie sie bei der Posttraumatischen Belastungsstörung angewendet werden erfasst werden. Das die traumatischen Erfahrungen die Abwehrmanöver und intrapsychischen Konflikte der Borderline-Persönlichkeit verstärken, streitet Rohde-Dachser nicht ab. Dennoch sollte sich die Therapie nicht ausschließlich auf die Behandlung erfahrener sexueller oder physischer Traumata einstellen, sondern Vordergründig immer einen psychodynamischen Aspekt beinhalten.

⁴⁶ Diesen Hinweis verdanke ich Prof. Dr. Hänselt.

Persönlichkeitsorganisation mit spezifischer intrapsychischer Dynamik einzustellen, 2. auf eine typische Konstellation von Abwehrmechanismen des Ichs zuschließen, 3. mit typischen Störungen im Bereich der verinnerlichten Objektbeziehungen zu rechnen und 4. auf typische Symptomkomplexen zu schließen, so dass es ihnen ermöglicht wird diese Patienten zu verstehen und eine empathische Haltung ihnen gegenüber aufrecht erhalten werden kann. Zum anderen ist bei der Diagnose Borderline- Persönlichkeitsstörung zu erwarten, dass die Prognose für ein Behandlungsergebnis eher positiv zu stellen ist. – *„Jedenfalls, dass alles aus einem wissenschaftlich nachgewiesenen theoretischen Gesichtspunkt aus betrachtet!“* –

Die Borderline – Persönlichkeitsstörung ist die am häufigsten anzutreffende Persönlichkeitsstörung. Je nach Untersuchungsstudie betrifft dieses Störungsbild zwischen 30 und 60 Prozent aller Patientinnen und Patienten, bei denen eine der zehn definierten Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurde. In der Allgemeinbevölkerung wird der Prozentsatz vorsichtig auf zwei bis vier Prozent geschätzt. Die meisten Kliniker gehen allerdings davon aus, dass der wirkliche Prozentsatz höher liegt (Kreismann & Straus, 2004). Dennoch stellt „Borderline“ in der gegenwärtigen Praxis, eine Persönlichkeitsstörung dar, von der jeder spricht, aber niemand genau weiß, worum es eigentlich konkret geht.

Das Konzept der Borderline- Persönlichkeit, welches von der Psychoanalyse klar umrissen und wissenschaftlich nachgewiesen wurde, wird von vielen Fachleuten (aus verschiedenen Bereichen unserer Hilfesysteme und sozialen Institutionen) noch nicht verstanden und akzeptiert. Vielmehr symbolisiert die Diagnose immer noch einen Status einer „Papierkorb“ oder „Verlegenheitsdiagnose“. Häufig liegt der Grund hinter einem zeitlichen Druck, den Diagnostiker unterliegen, wenn sie einen benötigten Klinikaufenthalt, eines ihrer Patienten gewährleisten wollen, um ihre Kosten zu rechtfertigen und dabei innerhalb ihrer diagnostischen Einschätzung, vielleicht in den meisten Fällen gerechtfertigt, auf typische Merkmale wie z.B. selbstverletzende Verhaltensweisen oder wiederholte suizidale Handlungen zurückgreifen. Dieser diagnostische Entschluss kann allerdings sehr leichtfertig sein. Eine Diagnose hat unter anderem auch die Funktion eine Entscheidung über optimale Behandlungsmaßnahmen zu treffen. Eine Fehldiagnose kann unter Umständen zu einem Misserfolg der Behandlung führen und das Leiden der Patienten verschlimmern. Desweiterin führt dies zu einem Stigma, wobei die Konsequenzen erst spät sichtbar werden. Gunderson (2001) wies auf einige dieser Probleme hin. Zum anderen wies er auch darauf hin, dass ein Missbrauch der Diagnose innerhalb der Praxis bestehe. Wobei Patienten, die den Therapeuten oder anderen Fachleuten Frustrationen aussetzen, gerne als „301.83“ oder „F60.31“ bezeichnet oder klassifiziert werden.⁴⁷ Fachleute betrachten Patienten mit dem Etikett „Borderline“ als Angehörige einer Patientengruppe, die dafür berüchtigt sind, chronisch zu lügen oder deren Verhalten von Manipulationsmotiven geleitet ist. Das Stigma „Borderline“ steht für eine Klienten-/ Patientengruppe, die den Sozialarbeiter, Psychotherapeuten oder Psychologen (unter anderem aufgrund ihres ambivalenten Verhaltens) erheblichen Frustrationen aussetzen. Dementsprechend sind Fachleute auch nicht bereit mit ihnen zu arbeiten oder betrachten diese Patienten immer unter dem Gesichtspunkt einer Persönlichkeit, dessen manipulatives Verhalten ständig zu erwarten ist. Aus dieser Sicht scheinen alle Bemühungen der Betroffenen sinnlos zu sein, sich gegen dieses zugeschriebene manipulative Stigma zu wehren, wenn wir als Praktiker („Profis“) das sehen was wir sehen wollen. Folgende Zitate stammen von Praktikern aus zwei verschiedenen Sozialpsychiatrischen Einrichtungen, die in Zusammenhang eines Gesprächs über ihre Patienten/ Klienten geäußert wurden und das bisherige untermauern sollen:

⁴⁷ 301.83 diagnostischer Kode des DSM IV, F60.31 diagnostischer Kode des ICD 10 für die Borderline- Persönlichkeitsstörung.

„ ... Das ist typisch Borderline, sie spielen alle anderen (Mitarbeiter der Einrichtung) aus ...“
„... Man muss aufpassen, dass man von seinen Klienten nicht eingefangen ah... ah. manipuliert wird, vor allem bei Borderline- Klienten ...“

Ich möchte an dieser Stelle nicht verleugnen, dass wir bei der Borderline- Störung (vielleicht sogar im Vergleich zu anderen Persönlichkeitsstörungen verstärkt bei der Borderline- Störung) eine besondere Tendenz vorfinden, wobei sich eine starke Neigung zeigt, den zugrundeliegenden intrapsychischen Konflikt auf die Umwelt zu übertragen. Häufig drückt sich dies in schwerem Ausagieren der Betroffenen aus, welches sich in den impulsiven destruktiven Verhaltensweisen oder irrationalen Anschuldigungen gegenüber uns/ ihren Helfern widerspiegelt und dies wirkt sich natürlich auch auf unsere Einstellung und emotionale Haltung gegenüber dieser Klienten-/ Patientengruppe aus. In der Psychoanalyse wird das Ausagieren als eine Informationsquelle und eine Sonderform der Kommunikation und Äußerungsweise betrachtet, die sich auf psychische Inhalte (Wünsche, Einstellungen, Erinnerungen), dessen Ursprung meist in der frühesten Kindheit zu finden sind beziehen (Sandler, Dare, & Holder, 1971). Da die Borderline- Persönlichkeit Schwierigkeiten hat, über ihr eigenes emotionales Empfinden und Erleben zu reden, dazu kommt noch, das sie Schwierigkeiten hat es selbst zu verstehen, bleibt ihr oft keine andere Möglichkeit, als mit Hilfe des Ausagierens dies zum Ausdruck zu bringen. Somit dient das Ausagieren als Informationsquelle, in denen sich die Wünsche, Einstellungen, Enttäuschungen und Erwartungen an uns als Helfer richten bzw. die Rolle, die wir als Helfer innerhalb der interpersonellen Beziehung einnehmen sollen wiedergespiegelt wird. Viele Theoretiker sind der Meinung, dass das Borderline- Etikett den Patienten viel zu viel Verantwortung für sozial unerwünschte Verhaltensweisen zuschreibt. Anstatt das manipulatorische Verhalten abzuwerten, gibt es eher einen Anlass herauszufinden warum sie so reagieren.

Sind wir nicht fähig und bereit, uns mit dem Anlass solcher Reaktionen zu beschäftigen. Liegt es gewiss nicht an unseren Klienten/ Patienten, eher liegt es an unseren Gegenübertragungen, die wir gegenüber dieser Klienten/ Patientengruppe haben. Im Zeitalter des kontextualisierten Denkens sollten wir auch in Betracht ziehen, was wir selbst als Helfer dazu beitragen und nicht versuchen unseren Beitrag innerhalb der Begegnung zu maskieren. Viele Praktiker mit denen ich in Kontakt getreten bin und mit denen ich über die hier dargestellten Gedanken diskutiert habe, hielten diese Ansicht für verhängnisvoll. Sie waren der Meinung, damit würde unseren Patienten/ Klienten die Möglichkeit gegeben, mit uns zu machen was sie wollen, ohne Konsequenzen zu erfahren und aus ihrem Verhalten zu lernen. Bei ihnen ist die Vorstellung vorherrschend, vorrangig durch Sanktionen und auferlegten „Konsequenzen“ das unerwünschte Verhalten abzubauen. Das diese Einstellung und Verfahrensweise die seelischen Konflikte und das destruktive Selbstkonzept bzw. das schlechte Selbstbild unserer Klienten/ Patienten, welches in allen zwischenmenschlichen Beziehungen zum Ausdruck kommt, nur noch bestätigt und unterstützt, scheint ihnen entgangen zu sein.⁴⁸ Unter dem Schleier der Aussagen „*Sie müssen die Konsequenz aus ihrem Verhalten ziehen.*“ oder „*Sie müssen lernen welche Konsequenzen ihr Verhalten mit sich bringt.*“, versteckt sich häufig eine Legitimation, die es dem Helfer („Profi“) ermöglicht sein eigenes Ausagieren, seine eigenen Frustrationen und seine Gegenübertragung zu rechtfertigen. Ich möchte nicht behaupten, dass wir unseren Patienten und Klienten es gestatten mit uns alles zu machen und zu tun was sie wollen. Vielmehr hängt es damit

⁴⁸ Es geht hier nicht um Sanktionen, wenn ein Klient/ Patient z.B. einen Sachschaden verursacht hat und die Sanktion darin besteht Arbeitsstunden oder Geldersatz aufzubringen. Vielmehr geht es hier um Sanktionen und Konsequenzen die ihren Inhalt auf der emotionalen Ebene und Beziehungsebene (Ablehnung, Ignorieren) haben.

zusammen, inwieweit wir fähig sind, unsere Gegenübertragungen oder Projektionen (im Sinne Jaenicke (2010)) zu erkennen und für konstruktive Zwecke zu verarbeiten und in unsere Arbeit einfließen zu lassen. Wie Dostojewski schon erkannte *„Wer sich selbst belügt und seine eigene Lüge anhört, kann zuletzt weder bei sich selbst noch ringsum die Wahrheit erkennen, er kommt so weit, dass er schließlich meinenden mehr achtet, weder sich selbst noch die anderen (Dostojewskij, 1980/ 1981, S. 70).“* Ich halte auch bspw. das Einführen von Grenzen (vor allem auf der Beziehungsebene) für gerechtfertigt und hilfreich. Weil es unseren Klienten/ Patienten ermöglicht sich anhand dieser Grenzen zu orientieren und die Beziehung zwischen Helfer und Klient/ Patient dabei aufrechterhalten wird. Auch das schwere Ausagieren von Borderline- Persönlichkeiten kann mithilfe von Verträgen und Grenzen unterbunden werden (siehe dazu Kernberg, 1975, 1984), wodurch eine erfolgreiche Behandlung und Hilfeleistung gewährleistet werden kann. Was das durchführen von Sanktionen oder Sanktionen unter dem Schleier der Konsequenz angeht, sage ich Folgendes: *„Ist es wahrscheinlicher wenn wir ein destruktives Selbstkonzept durch Sanktionen verändern? Oder bestätigen wir dieses destruktive Selbstkonzept mit unseren Vorgehensweisen? Oder ist es eher wahrscheinlicher wenn wir dieses Selbstkonzept durch alternativere Vorgehensweisen und neuen Erfahrungen, die sich dahingehend auszeichnen, dass sie sich von alten Erfahrungen qualitativ ganz und gar unterscheiden, dass wir versuchen eine emotionale- geprägte- authentische- und konstante Beziehung oder eine „Container“ - Haltung (Bion, 1962) aufzubringen, die von Seiten des Klienten/ Patienten in für ihn gewohnten Situationen zu reißen droht?“* Ich werde im weiteren Verlauf dieser Arbeit versuchen näher darzustellen was ich damit meine. In diesem Teil der Arbeit werde ich weitestgehend die komplexe Phänomenologie der Borderline- Persönlichkeitsstörung darstellen. Ich werde versuchen die spezifische Persönlichkeitsorganisation, die verinnerlichten Objektbeziehungen und die charakteristische Abwehrkonstellation zu beschreiben. Desweiterin bemühe ich mich die intrapsychische Dynamik der Borderline- Persönlichkeitsstörung heraus zu arbeiten, wodurch ein verstehen spezifischer und klassifizierter Symptome ermöglicht werden kann. Im Folgenden möchte ich nicht mehr von Patienten oder Klienten im gemeinsamen Kontext, sondern nur von Patienten sprechen. Obwohl wir in der Sozialen Arbeit die Bez. Klient bevorzugen, scheint mir diese Lösung am einfachsten zu sein, damit dem Leser keine Verwirrungen oder Irritationen aufkommen. In dieser Arbeit habe ich bewusst von der Darstellung herkömmlicher Behandlungsmaßnahmen bei der Borderline- Störung abgesehen. Lediglich im letzten Abschnitt befinden sich einige Überlegungen für therapeutisch orientierte Hilfeleistungen. Diese wurden anhand von theoretischem und wissenschaftlichem Material formuliert. Von daher macht es den Anschein, als sei die Borderline- Persönlichkeitsstörung eine Störung dessen Verlauf eher pessimistisch vorprogrammiert sei und unsere Erwartung an diese Patientengruppe nicht zu hoch gestellt werden darf. Wir können sowohl von einem unwahrscheinlichem Potenzial an Destruktivität und selbstzerstörenden Zügen ausgehen, als auch von einem hohen Potenzial an Ressourcen. Diese zeigen sich vor allem in der hohen Anpassungsfähigkeit an ihre soziale Umwelt und ihrem Repertoire an Bewältigungsmaßnahmen, sowie in individuellen Begabungen, die nur darauf warten aktiviert zu werden. Desweiterin zeigt uns die Borderline- Persönlichkeitsstörung wie wichtig intensive und emotionale Beziehungen für unser Wohlbefinden und Selbstgefühl sind. Auch in ihrer periodisch auftretenden Gleichgültigkeit gegenüber dem Leben und in ihrer Angst vor dem Alleinsein – *finden wir selbst als „normal Neurotiker“ unsere alltäglichen Ängste wieder.*

Kapitel 2 : Die klinische Definition der Borderline- Persönlichkeitsstörung.

2.1. Was ist eine Persönlichkeitsstörung?

Viele Menschen haben individuelle Charakterzüge oder aber auch spezifische Charakterzüge mit anderen Menschen gemeinsam. Sie sind kontaktfreudig, einfühlsam, schüchtern, ängstlich, emotional, mutig, fröhlich, impulsiv, temperamentsvoll, gut organisiert, trödelig, leicht erregbar, sachlich, freundlich, herzlich ... usw. usf.. Jeder Mensch hat seine ganz eigene und unverwechselbare Art und Weise zu denken, zu fühlen, wahrzunehmen und auf die Außenwelt zu reagieren. Das Gefüge, in dem diese Wesenszüge angeordnet sind, stellt eine einzigartige Konstellation von Emotionen, Gedanken und Verhaltensweisen dar, die man als die Persönlichkeit bezeichnet. Der französische Philosoph Henri Bergson formulierte die Persönlichkeit wie folgt: „Es gibt eines allein, die kontinuierliche Melodie unseres Lebens – eine Melodie, die vom Anfang bis zum Ende unserer bewußten Existenz unteilbar weitergeht und weitergehen wird. Und das ist unsere Persönlichkeit.“ (Bergson, t1946, S. 169). Ein wesentlicher Inhalt der bergsonischen Philosophie besteht darin, alles Existierende und Seiende im Zusammenhang mit einem fortdauernden, aktualisierenden, zusammenhängenden sinnhaften totalitären Zyklus (bei Bergson „Dauer“) zu betrachten. Im Austausch mit der Materie und unseren Artgenossen sind wir Schöpfer unseres eigenen Lebens und Bestandteil dieses Zyklus (dieser Dauer). Im Austausch mit der Welt, erleben wir uns als etwas Existierendes oder Seiendes. D.h. nicht, dass wir den fortdauernden Zyklus bewusst wahrnehmen oder auch im Detail verstehen müssen (soweit das überhaupt funktioniert). Aber in der Regel erleben wir uns als ein Teil dieses Ganzen und passen uns an ihm an bzw. entwickeln uns schöpferisch weiter. Von der Geburt bis zum Tode, erleben wir uns in der Regel als etwas Seiendes, welches das Gegebene stets überschreitet. Und so entwickelt sich natürlich auch unsere Persönlichkeit im Laufe des Lebens immer weiter fort. Es sei denn, dieser Prozess wird durch eine Persönlichkeitsstörung gehemmt oder deformiert.

Eine Persönlichkeitsstörung liegt nach Oldham und Skodol dann vor:

- wenn die überdauernden Muster des Denkens, Verhaltens, Wahrnehmens und Fühlens unflexibel und wenig angepasst sind,
- speziell wenn diese Muster wesentliche Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit verursachen, sei es im sozialen oder beruflichen Bereich,
- oder zu gravierenden subjektiven Beschwerden führen.

(zit. nach Oldham & Skodol, 1998, S. 203)

Desweiterin wirken sich Persönlichkeitsstörungen auf das Leben der Betroffenen aus. Die Funktionsfähigkeit einer Persönlichkeit ist dabei in verschiedenen Bereichen eingeschränkt. Diese Bereiche betreffen *das Selbst*: d.h. wie jemand sich selbst sieht, über sich selbst denkt und welche gefühlsmäßige Einstellung er zu sich hat. Dann den Bereich *der Arbeit*: z.B. wie Entscheidungen getroffenen werden, die Führung übernommen wird, Anweisung ausgeführt werden, wie auf Kritik reagiert oder mit anderen zusammengearbeitet wird. Ein weiterer wesentlicher Bereich sind *zwischenmenschliche Beziehungen*: d.h. wie sich eine Persönlichkeitsstörung auf die Qualität von Beziehungen zu anderen Menschen auswirkt. Der Bereich *der Emotionen*: welcher die Stimmungen und Gefühlszustände eines Menschen umfasst. Persönlichkeitsstörungen können sich auf die Wahrnehmung und Ausdrucksweise von Emotionen auswirken. Der Bereich *der Realitätsprüfung*: inwieweit jemand die Außenwelt wahrnimmt und auf sie reagiert, hängt weitestgehend von seiner Persönlichkeit ab und eine Persönlichkeitsstörung kann daher die Wahrnehmung der äußeren Realität stark verzerren. Der letzte Bereich ist *die Impulskontrolle*: normaler Weise ist ein Individuum fähig,

seine Impulse und Affekte auf adäquate Weise zu regulieren – bei einer Persönlichkeitsstörung kann die Regulation sehr eingeschränkt sein (Oldham & Skodol, 1998).

In diesem Zusammenhang ist mir klar geworden, wenn man über eine Persönlichkeitsstörung – wie die Borderline- Persönlichkeitsstörung – schreiben will, so muss man sich von einer ausgedehnten Peripherie zu einem Teil des Zentrums herantasten. Wenn man im Klinischen Wörterbuch „Psychyrembel“ nachschlägt, so findet man unter Persönlichkeitsstörung eine Definition die wie folgt lautet: „Bezeichnung für eine Gruppe von Zustandsbildern mit tiefgreifender u. anhaltender Abweichung der Persönlichkeit u. ihrer Verhaltensweisen von der Norm ... (Psychyrembel, 1998, S. 1225).“ Ich denke, dass diese Definition, dem Leser doch eher vage und unbefriedigend scheint. Wenn wir uns mit Persönlichkeitsstörungen oder einer speziellen Persönlichkeitsstörung beschäftigen, befassen wir uns nicht mit Zustandsbildern die uns in irgendeiner Form nicht vertraut sind. Im Gegensatz zu medizinisch, organischen, somatischen Krankheitsbildern, handelt es sich hierbei um Zustandsbilder, die jeder in irgendeiner Form schon einmal erlebt hat oder aus bestimmten Kontexten kennt. Jeder Mensch hat einmal im Laufe seines Lebens Zustände, wie Depersonalisationserfahrungen, Perioden von Realitätsverlust, depressive Stimmungen, pathologische Ängste oder impulsive Reaktionsäußerungen usw. erfahren. Jeder Mensch hat Anteile einer Störung, entscheidend ist nur der Grad der Ausprägung.⁴⁹

Wenn wir uns mit der Ausprägung spezifischer Merkmale von Persönlichkeitsstörungen beschäftigen, stoßen wir auf ein weiteres Problem und zwar auf die vordefinierte Norm. Die Ausprägung oder die Grenze zwischen „Gesund“ und „Krank“ können wir nicht mithilfe einer Fixierung nominieren, sondern diese Grenze verläuft fließend innerhalb einer Grauzone. Wir können nur eine hypothetische Grenze konzipieren, die so weit ausgedehnt ist, dass alle Zwischenstufen innerhalb der Polarität zwischen „Gesund“ und „Krank“ eingeschlossen werden.

Im Folgenden möchte ich versuchen darzustellen, wie im psychoanalytischen Denken die Persönlichkeitsstörung verstanden wird und was man anhand psychoanalytischer Erklärungskonzepte unter einer Norm verstehen kann. Die Psychoanalyse erscheint mir dabei am geeignetsten zu sein, um eine Annäherung an dieses Thema zu ermöglichen. Ich beziehe mich hier im Wesentlichen auf die Arbeiten von Kernberg (Kernberg, 1984, 2006, Kernberg & Levy, 2011). Die Persönlichkeit besteht in der Psychoanalyse aus den Komponenten der Temperamentsmerkmale und des Charakters. Temperamente sind die angeborenen, genetisch determinierten Temperamentsmerkmale (wobei die Affekte eine Brücke zwischen Biologischem und Psychischem repräsentieren). Diese zeigen sich bei einem Menschen in seinen Reaktionen auf die Umweltreize. Vor allem in der Intensität, dem Rhythmus und dem Schwellenwert seiner affektiven Reaktionen. Eine andere Komponente der Persönlichkeit ist der Charakter, der im Laufe der Entwicklung erlernt, geprägt und gebildet wird. Der Charakter ist eine Konstellation von Verhaltens-, Denk-, und Gefühlsmustern, der im Kontext der jeweiligen Umwelt/ Gesellschaft und spezifischen Lebensereignissen des Individuums geprägt wird. Unter einem psychoanalytischen Blickwinkel bezieht man den Charakter auf Verhaltensweisen der Ich-Identität (Erikson, 1959, Jacobson, 1964). D.h. die Integration der Selbst- und Objektrepräsentanzen, als

⁴⁹ Selbst die Perversion ist nicht nur eine Störung des Sexuallebens, sondern eine psychische Dimension (eine Versuchung im Psychischen), die uns allen gemeinsam ist. Chasseguet-Smirgel betrachtete die Perversion als einen Weg und ein Mittel, das der Mensch verwendet, um die Grenzen des Möglichen auszuweiten und die Realität ins Wanken zu bringen. Es gibt daher in jedem Menschen einen latenten „perversen Kern“, der unter Umständen aktiviert werden kann (Chasseguet-Smirgel, 1975, 1989).

entsprechende intrapsychische Strukturen, bestimmen weitestgehend die dynamische Charakterorganisation. In der Psychoanalyse umfasst der Charakter alle sog. Ichfunktionen und Ich-Struktur, wie Impulskontrolle, Angsttoleranz, Muster der Informationsorganisation und Kommunikationsstile. Desweiterin wird aus dem Blickwinkel der Psychoanalyse die Persönlichkeit nicht nur von Temperament und Charakter bestimmt, sondern aus einer weiteren intrapsychischen Struktur und zwar das Überich. Diese intrapsychische Struktur repräsentiert die Integration eines Wertesystems, die die moralische und ethische Dimension der Persönlichkeit konstituieren. Hinzu kommt das dynamische Unbewusste bzw. das Es welches als die Summe aller verdrängten und projizierten Objektbeziehungen betrachtet wird, die in hochintensiven Affektzuständen internalisiert und dann verdrängt wurden, weil sie für das Bewusstsein inakzeptabel waren. Die letzte Komponente der Persönlichkeit eines Individuums besteht aus dem Intellekt bzw. die kognitiven Fähigkeiten, die nach Kernberg, genetisch und zu einem bestimmten Grad durch frühe Umwelteinflüsse und kulturelle Einflüsse determiniert sind (Kernberg, 2006). Folglich bedeutet Persönlichkeit die dynamische Integration sämtlicher Verhaltensmuster, die sich aus Temperament, Charakter, einem internalisierten Wertesystem und kognitiven Fähigkeiten ableiten lassen.

Um im weiteren Verlauf die Nosologie der Persönlichkeitsstörungen darzustellen, möchte ich mich ebenfalls auf das Konzept von Kernberg (1984, 2006) beziehen. Kernberg's Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen geht an erster Stelle von der normalen Persönlichkeit aus (psychoanalytische Norm), die sich durch ein integriertes Konzept des Selbst und der wichtigen Bezugsperson auszeichnet und innerhalb der entwickelten Ich-Identität als Strukturelemente zum Ausdruck kommen (Kernberg, 2006). Das Selbstkonzept bildet die Voraussetzung für ein Selbstgefühl (Vorbedingung für ein normales Selbstbewusstsein, Daseinsfreude und Lebenslust). Ein integriertes Konzept von Bezugspersonen ist wiederum die Voraussetzung für die Fähigkeit von Empathie und der richtigen Einschätzung anderer Personen. Ein zweites Strukturmerkmal der normalen Persönlichkeit ist die Ich-Identität, woraus die Fähigkeit zur Affekt- und Impulskontrolle und die Ichstärke erwachsen (wobei der positive Einfluss des Überichs auch mit beachtet werden muss). Ein dritter Aspekt der normalen Persönlichkeit ist ein integriertes und reifes Überich, das die Internalisierung eines stabilen und individuellen Wertesystems widerspiegelt und welches nicht von unbewussten infantilen Verboten beherrscht wird. Dieses Überich zeigt sich in persönlicher Verantwortung, Kreativität, in der Fähigkeit zu realistischer Selbstkritik, in der Verpflichtung gegenüber ethischen Werten, Idealen und sozialen Regeln. Ein viertes Merkmal ist die angemessene und zufriedenstellende Kontrolle libidinöser und aggressiver Impulse, die uneingeschränkt ausgedrückt werden dürfen. Dies zeigt sich in der Fähigkeit, sinnliche und sexuelle Bedürfnisse zu äußern. Was einhergeht mit Zärtlichkeit, emotionaler Hingabe und einem Grad an Idealisierung des geliebten Anderen, sowie der Beziehung zu diesem Menschen. Auch die Aggression wird nicht wie bei schweren Persönlichkeitsstörungen auf das Selbst gerichtet, sondern sie dient zum Schutz. Überich und Ich tragen auch hier im Wesentlichen zum Gleichgewicht bei.

Die reife sexuelle Liebe betrachtete Kernberg als eine komplexe emotionale Disposition, die aus folgenden Elementen zusammenwirkt: „(1) sexuelle Erregung, die in ein auf einen anderen Menschen gerichtetes erotisches Begehren umgewandelt ist; (2) Zärtlichkeit, die auf der Integration libidinös u. aggressiv besetzter Selbst- Objektrepräsentanzen beruht, wobei die Liebe die Aggression überwiegt u. die normale Ambivalenz, die allen zwischenmenschlichen Beziehungen eigen ist, toleriert wird; (3) eine Identifizierung mit dem anderen, die sowohl eine wechselseitige genitale Identifizierung als auch eine tiefe Einfühlung in die Geschlechtsidentität des anderen umfasst; (4) eine reife Form der Idealisierung, verbunden mit einer tiefgehenden Bindung an den anderen u. an die

Beziehung; u. (5) die Leidenschaftlichkeit der Liebesbeziehung in allen ihren drei Aspekten: der sexuellen Beziehung, der Objektbeziehung u. der Über-Ich-Besetzung des Paares (Kernberg, 1995, S. 57).“

Den Aspekten einer normalen Persönlichkeit liegen also signifikanten, strukturellen und dynamischen Vorbedingungen zu Grunde, die sich im Laufe der infantilen Entwicklung, durch Integrations- und Internalisierungsprozesse zu einer Persönlichkeitsorganisation konstituiert haben (siehe Teil 1. dieser Arbeit). Bei einer Persönlichkeitsstörung liegt ebenfalls eine Persönlichkeitsstruktur vor, die sich auch durch spezifische Merkmale innerhalb der Persönlichkeitsorganisation auszeichnet. Anhand der Vorgaben die durch die normale Persönlichkeitsorganisation nominiert werden, unterteilt Kernberg die Persönlichkeitsstörungen nach dem Schweregrad. Er differenziert dabei zwischen einer Psychotischen-, Borderline- und Neurotischen Persönlichkeitsorganisation (Kernberg, 1984). Bei der *Psychotischen Persönlichkeitsorganisation*: liegen das Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen (Spaltung, Idealisierung, Projektion, Abwertung, projektive Identifizierung), gekennzeichnet durch eine fehlende Integration des Selbstkonzepts und wichtiger Bezugspersonen (diffuse Identität), vor. Das Vorherrschen der primitiven Abwehrmechanismen und der fehlenden Ichfunktionen führt zu einem Verlust der Realitätsprüfung und zeigt sich darin, dass die Fähigkeit zwischen Selbst und Nicht-Selbst, sowie zwischen inneren und äußeren Reizen zu unterscheiden, nicht aufrechterhalten werden kann. In schwierigen Situationen führt die mangelnde Differenzierung daher zu einer Verschmelzung zwischen dem Selbst und dem Objekt, was zu einer Wahnbildung (Halluzinationen) führen kann. Desweiterin unterscheidet Kernberg zwischen einer *Borderline- Persönlichkeitsorganisation*: die sich darin auszeichnet, dass die Mechanismen der Psychotischen- Persönlichkeitsorganisation um die Spaltung herum vorherrschen. Allerdings kann der Realitätssinn entsprechend der Unterscheidung zwischen Selbst- und äußeren Objekten aufrechterhalten werden. Auf Grund des Schweregrades der primitiven Abwehrmechanismen ist es für diese Patientengruppe schwierig realistische, emotionale, konstante sensible und intime zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen, denn diese Mechanismen führen zu einer Verzerrung interpersonaler Beziehungen. Auch hier liegt eine Identitätsdiffusion vor, weil die Integration eines Selbstkonzepts und die Repräsentanzen wichtiger Bezugspersonen noch nicht vollständig fortgeschritten sind. In dieser Kategorie von Persönlichkeitsorganisation fallen alle Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-, Schizoide, Schizotypische, Paranoide, Hypomanische, Narzißtische und Antisoziale Persönlichkeitsstörung. Ebenso weisen alle Persönlichkeitsstörungen des Spektrums der Borderline- Persönlichkeitsorganisation auf das Fehlen einer angemessenen Angsttoleranz, sowie einer angemessenen Impulskontrolle hin. Desweiterin weisen diese Patienten eine beschädigtes Über-Ich und einen Mangel an sublimatorischen Funktionieren auf.⁵⁰ Die dritte Gruppe der Persönlichkeitsorganisation ist die sog. *Neurotische Persönlichkeitsorganisation*. Diese Stufe weist eine normale Ich-Identität auf, womit die Fähigkeit zu tiefen Objektbeziehungen, als auch eine stabile Ich-Stärke (Angsttoleranz, Impulskontrolle, Realitätsprüfung, Sublimation) ausgezeichnet wird. Zu dieser Gruppe gehören die hysterische, die obsessive und die depressiv-masochistische oder die Gruppe der sog. „vermeidenden Persönlichkeitsstörungen“. Ein wesentliches Merkmal dieser Gruppe von Persönlichkeitsstörungen sind soziale Hemmungen oder Phobien, die in ihren Symptomen und Beschwerden zum Ausdruck kommen.

⁵⁰ Ein fehlendes Überich zeigt sich vor allem bei der Antisozialen Persönlichkeitsstörung oder beim Malingen Narzißmus.

Eine zusammenfassende Tabelle befindet sich nach Kernberg (1984, S. 38) im *Anhang 3.* Desweiterin befindet sich in *Anhang 4.* ein dargestelltes Beziehungsgefüge der verschiedenen Persönlichkeitsstörungen (ebenfalls nach Kernberg (2006, S. 31)), welches die pathologischen Formen von Persönlichkeitsstörungen und ihre Beziehungen zu einander graphisch darstellt. Hinzuzufügen ist, dass sich das Beziehungsgefüge der Persönlichkeitsstörungen von Kernberg auf die amerikanische Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen (DSM IV) bezieht und nicht mit der Klassifizierung des ICD 10 vereinbar ist. Im dargestellten Beziehungsgefüge ist auffällig, dass die borderline- und die schizoide Persönlichkeitsstörung die einfachste Form von Persönlichkeitsstörungen bilden. Die psychoanalytische Erforschung der Borderline- Persönlichkeitsstörung, als eine der zentralen und wesentlichen Ich-Störungen innerhalb unserer Klassifikation, hat deshalb dazu beigetragen, dass die Dimensionen psychischer Störungen und Zustandsbilder klarer differenziert, charakterisiert, spezifiziert und definiert wurden.

Unter der Voraussetzung der Objektbeziehungstheorie, struktureller Kriterien und differenzial diagnostischer Überlegungen, entwickelten Kernberg und seine Mitarbeiter ein strukturelles Interview, dessen Technik darauf abzielt, die Identitäts-Integration, Abwehroperationen und Realitätsprüfung in „Hier und Jetzt“ Interaktionen zwischen Patient und Interviewer zu erfassen (Kernberg, 1984). Am Anfang des Interviews werden Eingangsfragen gestellt, die darauf abzielen, spezifische Symptome („Fest-Symptome“) und Probleme des Patienten zu erfassen. Die Herausarbeitung bestimmter Symptome dient als Hinweise einer darunterliegenden „Schlüsselpathologie“. Allerdings handelt es sich bei den Symptomen immer nur um Verdachtsmomente. Nachdem der Interviewer die erste Übersicht beendet hat, konzentriert er sich auf wesentliche Symptome, die während der Interaktion sichtbar geworden sind und stellt den Patienten dazu Fragen. Wobei sich die Fragen auf die Schwere der Symptome, deren Verlauf oder mögliche Ursachen beziehen können. Im nächsten Schritt können Fragen erfolgen, die den Patienten veranlassen, über sich selbst, seine zwischenmenschlichen Beziehungen, sein Sexualleben, Beruf, Familie, kulturelle oder politische Interessen usw. usf. Auskunft zu geben. Hierbei handelt es sich um Inhalte, die zur Erfassung der Fähigkeit zur Selbstreflexion, Aspekte der Ichidentität, Charakter und Realitätsprüfung dienen können. Um die Abwehroperationen, die Fähigkeit zur Realitätsprüfung und die Ichidentität des Patienten zu untersuchen und zu bestimmen, muss der Interviewer bestimmte Interventionstechniken während des Interviews einsetzen, damit diese in der Interaktion sichtbar werden. Diese Techniken sind: 1. *Klärung*: wodurch die Wahrnehmung und Wahrnehmungsgrenzen (Gedächtnis, Intelligenz, Realitätsgefühl, Urteilsvermögen, kognitive Funktionen, Selbstreflexion) des Patienten erforscht werden. 2. *Konfrontation*: wodurch auf widersprüchliche und konflikthafte Aspekte der Schilderungen des Patienten aufmerksam gemacht werden (Abwehroperationen, die Qualität früher Objektbeziehungen und die Fähigkeit der Realitätsprüfung werden sichtbar). 3. *Deutung*: wobei versucht wird eine Verbindung mit möglichen unbewussten Motiven und Abwehrformen herzustellen, die geeignet sind, die aufgetretenen Widersprüche aufzulösen, bzw. über die Bedeutung dieser Abwehrformen Aufschluss geben könnten.

Dieses Interview konfrontiert den Patienten mit Unklarheiten und Widersprüchen, die in Abwehroperationen, Widerständen und in Beschreibungen seiner selbst und wichtigen Beziehungspersonen zum Ausdruck kommen. Anhand dieses Materials arbeiten Interviewer und Patient gemeinsam daraufhin herauszufinden, welche Funktionen die Abwehrmanöver innerhalb der Interaktion haben. In der Interaktion treten dann Regelmäßigkeiten und Verzerrungen auf, die entweder für eine Neurotische-, Psychotische- oder Borderline-Persönlichkeitsorganisation charakteristisch sind. Desweiterin werden auch andere

Verfahren herangezogen, die bei einem Verdacht auf eine bestimmte Persönlichkeitsstörung angewandt werden, um den Verdacht zu bestätigen oder zu revidieren.

Was Kernberg's Modell so einzigartig macht ist die Tatsache, dass seine strukturelle Diagnostik auf die Persönlichkeitsorganisation und auf die dynamischen und intrapsychischen Aspekte einer Persönlichkeit im Wesentlichen ausgelegt ist. Interessant ist desweiteren, dass seine differenzielle Diagnostik die Wahl des Behandlungsrahmens und die daraus ergebende Modifizierung der psychoanalytischen Techniken in den Vordergrund rückt. So empfiehlt Kernberg (1984, 2006), dass ein klassisch psychoanalytisches Verfahren nur bei Patienten sinnvoll ist, die ein hohes Ich-Niveau aufweisen. D.h. also bei allen Persönlichkeitsstörungen innerhalb der neurotischen Persönlichkeitsorganisation. Ziel ist eine Veränderung der Struktur und die Integration der verdrängten unbewussten Konflikte in das bewusste Ich, mittels Techniken wie Interpretation oder systematischer Übertragungsanalyse. Da Patienten auf der neurotischen Persönlichkeitsstufe ein gut integriertes Ich aufweisen, ist deren Fähigkeiten zur Reflexion und Verarbeitung der Vergangenheit innerhalb des psychoanalytischen Prozess begünstigt. Während Persönlichkeitsstörungen auf der Organisationsstufe der Borderline-Persönlichkeitsorganisation ein schlecht ausgebildetes Ich aufweisen. Diese sollten daher eine expressive Psychotherapiebehandlung erfahren. Wobei der Therapeut sich danach richtet, eine Verbesserung der Ichfunktion anzustreben. Im Gegensatz zu neurotischen Patienten, muss die intrapsychische Instanz des Ich erst aufgebaut werden. Dabei erfährt die Behandlung signifikante technische Modifikationen, wobei die Interpretationen der Vergangenheit und unbewusster Motivationen eher in den Hintergrund rücken und erst im späteren Verlauf der Behandlung angestrebt wird. Stattdessen, steht eine Interpretation der Gegenwart im Vordergrund. Wobei die therapeutischen Interventionen darauf ausgerichtet sind, die Abwehrmechanismen und Verzerrungen, die innerhalb der Übertragung zwischen Patienten und Therapeuten zum Ausdruck kommen, mittels Interpretation in den Mittelpunkt der Behandlung zu rücken. Desweiteren nehmen Aufdeckung und Konfrontation einen größeren Raum als in der klassischen Psychoanalyse ein. Die Konfrontation beinhaltet, dass der Therapeut auf die spezifischen Abwehroperationen des Patienten aufmerksam macht und diese somit versucht ins Bewusstsein zurufen.⁵¹ Mit dieser Vorgehensweise werden eine Stärkung des Ichs und eine strukturelle Entwicklung angestrebt. Damit keine Verdichtung von Vergangenheit und Gegenwart entsteht, wird die Bedeutung dieser Abwehrmechanismen zuerst in Beziehung zwischen Therapeut und Patient („Hier und Jetzt“) analysiert. Im späteren Ablauf der Behandlung kann der Einfluss der Abwehrmechanismen in der frühkindlichen Beziehung zwischen Patient und seinen primären Bezugspersonen („Damals und Dort“) durch Interpretation analysiert werden.

Innerhalb der Literatur finden wir natürlich starke Abweichungen, was die Behandlungsempfehlungen angeht. Fast immer spielen dabei die theoretischen Vorlieben der Therapeuten eine große Rolle. Ich habe dennoch auf das Konzept der strukturellen und differenziellen Klassifizierung von Kernberg aufmerksam machen wollen, weil es zu einem wesentlichen Bezugsrahmen innerhalb der Forschung und Praxis geworden ist. Viele Forscher richten sich nach den aufgestellten Kriterien die Kernberg vorgibt. Zusätzlich haben auch die Kriterien des DSM IV (vor allem die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung) aus seinen Beiträgen profitiert. Ich vertrete außerdem die These, dass Kernberg's psychoanalytischer Ansatz der Klassifizierung psychischer Störungen viel objektiver, bereichernder, informativer und systematisierter ist, als das deskriptive

⁵¹ Siehe auch Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) bei der Borderline- Persönlichkeitsstörung von Kernberg (1975, 2006).

psychiatrische Bild psychischer Störungen, welche unter anderem durch die ICD 10 und DSM IV Kriterien repräsentiert wird. Im Folgenden Unterkapitel 3.1.1. werde ich versuchen dies deutlich zum Ausdruck zu bringen. Was Kernberg's Empfehlungen bezüglich der Behandlungsstrategien angeht, so habe ich bereits an anderer Stelle meine kritischen Überlegungen formuliert.

Es gibt innerhalb der psychoanalytischen Wissenschaft eine Vielzahl von Konzepten ähnlichen Inhalts. Kernberg's Konzept ist wie erwähnt ein psychoanalytischer Ansatz, der sich auf Erkenntnisse der Objektbeziehungstheorie beruft und daher schwer zu operationalisieren bzw. für nicht psychoanalytisch orientierte Wissenschaftler/ Praktiker verwendbar ist. Um im Allgemeinen Persönlichkeitsstörungen zu diagnostizieren, gibt es eine zahlreiche Reihe weiterer Test- oder Interviewverfahren, die für die Beurteilung herangezogen werden und auf die ich hier im Einzelnen nicht näher eingehen will.⁵² Einige von ihnen beziehen sich auf die Erfassung spezifischer Symptome, andere beziehen sich auf die Dimensionen der Selbsteinschätzung, Beruf, interpersonale Beziehungen oder auf die Realitätsbeurteilung der Betroffenen. Wenn ein Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung vorliegt, müssen im Allgemeinen spezielle Kriterien erfüllt sein, die innerhalb der Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation (ICD 10) und dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM IV), der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung aufgeführt sind. So müssen auch für die Borderline- Persönlichkeitsstörung spezielle Kriterien erfüllt sein, um diese zu diagnostizieren. Diese Kriterien möchte ich im Folgenden darstellen.

2.1.1. Kriterien nach dem ICD 10 und DSM IV (Kritik deskriptiver Diagnostik).

Das ICD 10 und das DSM IV sind kategoriale Diagnosesysteme, die definierte diagnostische Standards vorgeben. Es müssen eine Anzahl dieser Kriterien vorhanden sein, damit eine Borderline- Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden darf. Im ICD 10 fällt die Borderline- Persönlichkeitsstörung unter dem übergeordneten Begriff „*F.60.3 emotionale instabile Persönlichkeitsstörung*“. Dort heißt es „Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer u. launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen u. eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten u. zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden (ICD-10, 1993, S. 223).“ Desweiterin werden zwei Erscheinungstypen der emotionalen instabilen Persönlichkeitsstörung unterschieden erstens: „*F.60.30 ein impulsiver Typus*“, im Wesentlichen gekennzeichnet durch emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Deutliche Tendenz zu Streitereien und ohne Berücksichtigung der Konsequenz zu handeln. Neigung zu Wut oder Gewalt mit einer Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden. Zweitens: „*F.60.31 ein Borderline- Typus*“, der grundsätzliche Merkmale der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung aufweist. Dieser Typus ist allerdings durch zusätzliche Merkmale gekennzeichnet, wie eine Störung des Selbstbildes, der Ziele und innerer

⁵² Ein Überblick über diagnostische Test und Beurteilungsverfahren befinden sich bei Russakoff et. al. (Russakoff, Roose, MacKinnon, Spitzer, & Williams, 1998) oder Doering (2011). Eine Übersicht über Beurteilungsverfahren die speziell auf die Erfassung einer Borderline Persönlichkeitsstörung ausgerichtet sind befindet sich bei Rohde-Dachser (2004) oder Doering (2011).

Präferenz. Desweiterin gekennzeichnet durch intensive, aber unbeständige Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktiven Verhalten, mit parasuizidalen Handlungen und Suizidversuchen. Folgend treten übertriebende Bemühungen das Verlassenwerden zu vermeiden und anhaltende Gefühle von Leere auf (siehe ICD, 1999, S. 224).

Im amerikanischen DSM IV wird die Borderline- Persönlichkeitsstörung auf der Achse II aufgelistet. Eine Person muss fünf der folgenden Kriterien entsprechen, damit eine Borderline- Störung diagnostiziert werden darf:

1. *Verzweifelt Bemühen, reales o. eingebildetes Verlassenwerden zu verhindern.*
2. *Instabile und intensive zwischenmenschliche Beziehungen, für die ein Wechsel zwischen extremer Idealisierung u. Abwertung typisch ist.*
3. *Identitätsstörung: ausgeprägtes o. beharrlich instabiles Selbstbild o. Selbstgefühl.*
4. *Impulsivität in mindestens zwei Bereichen, die potenziell selbstzerstörerisch sind (z.B. Kaufsucht, Sex, Drogenkonsum, Fressanfälle, risikoreiches Autofahren).*
5. *Wiederkehrendes suizidales Verhalten mit entsprechender Gesten o. Drohung o. selbstverletzendes Verhalten.*
6. *Affektive Stimmungsschwankungen u. ausgeprägte Anfälligkeit für äußere Situation (z.B. intensive, periodisch, auftretende Depression, Gereiztheit o. Angst, deren Phasen meist einige Stunden u. selten länger als ein paar Tage anhalten).*
7. *Chronische Gefühle von innerer Leere.*
8. *Unangemessene, intensive Wut o. Schwierigkeiten, diese Wut unter Kontrolle zu bringen (d.h. häufige Wutausbrüche, ständige Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).*
9. *Vorübergehende, aus Stress beruhende Paranoia o. schwere Symptome von Dissoziationen (Gefühle von Unwirklichkeit)*

(zit. nach Kreisman & Straus, 2004, S. 29).

Das ICD 10 zeichnet die Borderline- Persönlichkeitsstörung vor allem durch Identitätsunsicherheit, suizidale Bereitschaft und selbstverletzendes Verhalten aus. Desweiterin wird die Impulsivität der Borderline- Persönlichkeitsstörung hervorgehoben. Dieser Aspekt führt uns allerdings schon zu einem der ersten Probleme der deskriptiven Beschreibung nach dem ICD 10 und deskriptiver Kriterien im Allgemeinen. Kernberg hat davor gewarnt die Impulsivität als ein wesentliches Kriterium für die Borderline- Persönlichkeitsstörung zu erheben (Kernberg, 1975, 1984, Kernberg & Yoemans, 2011). Erstens: weil nicht alle Borderline- Patienten impulsiv sind, zweitens: die postulierte Impulsivität von Borderline- Patienten kann sich auch in autoaggressiven Verhaltensweisen (Essstörung, Sucht- o. Sexualverhalten) zeigen, die nicht deutlich zum Ausdruck kommen und die den Betroffenen nicht bewusst sein müssen und drittens: weisen andere Störungsbilder ebenfalls eine bestehende Impulsivität auf. Desweiterin hat Rohde-Dachser (2004) bezüglich der Impulsivität darauf aufmerksam gemacht, dass keine klare Abgrenzung zwischen Borderline- Persönlichkeitsstörung und narzißtischer Persönlichkeitsstörung im ICD 10 erkennbar ist. Durch die Hervorhebung der Impulsivität und Empfindlichkeit gegenüber Kritik von anderen, liegt eine Bereitschaft vor, die Borderline- Persönlichkeitsstörung mit der narzißtischen Persönlichkeitsstörung zu verbinden. Unter anderem liegt es auch daran, dass im ICD 10 die narzißtische Persönlichkeitsstörung keine eigene Kategorie hat und entweder unter „F60.30 impulsiver Typus“ oder „F.60.8 andere spezifische Persönlichkeitsstörungen“ eingeordnet werden kann.⁵³

Im Gegensatz zum ICD 10 liegen im DSM IV die verzweifelten Bemühungen der Borderline- Persönlichkeit, das Alleinsein zu vermeiden, im Vordergrund, welche im ICD 10 gar nicht erwähnt wird. Dieses Kriterium lässt sich zwar auf theoretische Modelle (Winnicott, 1965, Masterson, 1971, Kernberg, 1975, Bowlby, 1988) und empirisches Nachweisen (Gunderson, 2001) zurückführen und bildet sicherlich ein zentrales, pathologisches, nachweisbares Merkmal der Borderline- Störung. Allerdings ist zu bemerken, dass das Spektrum der Angst bei Borderline- Patienten viel größer ist, als im DSM IV dargestellt wird. Wir finden auf jeden Fall bei der Borderline- Persönlichkeit eine reduziertere Angsttoleranz wieder, als im Vergleich anderer Störungsbilder. Aber der Inhalt der Angst bei Borderline- Patienten kann nicht nur auf die Angst vor dem Verlassenwerden zurückgeführt werden. Vielmehr handelt es sich um Ängste vor dem Alleinsein, Angst davor, von konflikthaften Impulsen, Gefühlen und Vorstellung überwältigt zu werden, Angst vor struktureller Regression und zu guter Letzt Angst vor Selbstverlust und dem Verschlungenwerden (im Sinne von Margarete Mahler) (Hoffmann, 2011). Dieses Spektrum der Angst kommt innerhalb der gesamten Psychodynamik und Symptomatologie der Borderline- Störung zum Ausdruck. Das Verständnis dieser „spektralen“ Angst ist für das Verständnis der Beziehungsgestaltung und für widersprüchliche und autoaggressive Handlungen die bei Borderline- Patienten auftreten entscheidend. Zu erwähnen ist auch das Kriterium 9. *Vorübergehende, aus Stress beruhende Paranoia o. schwere Symptome der Dissoziation*. Dieses Kriterium wurde 1994 in das DSM IV für die Kriterien der Borderline- Persönlichkeitsstörung wieder eingeführt. Die Einführung veranlasste in der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung eine riesige Debatte. Da zwischen 1900 und 1970 die Bemühungen darin lagen, die Borderline-

⁵³ H. P. Hartmann (2011) hat ebenfalls darauf hingewiesen, dass unsere gegenwärtigen Klassifizierungssysteme für die Beschreibung des Narzißmus einfach nicht ausreichend sind. Im DSM IV wird die narzißtische Grandiosität hervorgehoben, allerdings bildet dieses Kriterium ein unzureichendes Abgrenzungsmerkmal von anderen Persönlichkeitsstörungen. Nach Hartmann sollte auf die von Kohut (1971) beschriebene narzißtische Vulnerabilität als Resultat einer Spaltung und auf die von Kernberg (1975) beschriebene Grandiosität als Resultat einer Abwehrstruktur, als ein Unterscheidungskriterium innerhalb der Diagnostik Anwendung finden.

Persönlichkeitsstörung von den schizoiden und psychotischen Störungsbildern abzugrenzen, schien die Gefahr aufzukommen, eine Verbindung zwischen beiden Störungsbildern wieder herzustellen. Gunderson (2001) und seine Mitarbeiter konnten zwar nachweisen, dass auch bei der Borderline- Störung psychosenahе Symptome auftreten können. Allerdings unterscheiden sich die dissoziativen Phänomene in den meisten Fällen bei Borderline-Patienten von denen, die bei psychotischen oder schizophrenen Patienten auftreten (im weiteren Verlauf dieser Arbeit werde ich auf diesen Unterschied noch näher eingehen).

Beim Vergleich zwischen ICD 10 und DSM IV bleiben im Wesentlichen noch einige Fragen offen. Der Sozialpsychiater Klaus Dörner kritisierte unter anderem, dass Diagnosen immer ideal- typisch konstruiert sind und nichts über den Ausprägungsgrad der Symptome aussagen (Dörner, 1975). Das Problem der deskriptiven kategorialen Diagnosesysteme, wie das ICD oder DSM ist unter anderem, dass eine Beurteilung des Schweregrads der Störungen nicht möglich ist. Damit meine ich, dass ein Patient mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung unter Umständen seinen Alltag und den äußeren Anforderungen sehr gut gerecht werden kann. Während ein anderer Patient mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung unwahrscheinliche Schwierigkeiten aufweist und daher eine intensivere Hilfeleistung erfahren muss. Bei einigen Patienten ist auch die hohe Impulsivität sehr schnell ersichtlich, weil sie sich in extrovertierten Verhalten (damit meine ich die Impulsivität oder Wut richtet sich nach außen bzw. der Umwelt zugewandt) zeigt. Während bei anderen Patienten die Impulsivität, in introvertierten Verhaltensweisen (heimliches Selbstverletzen, Essstörung, Drogenkonsum) zum Ausdruck kommt und daher für Außenstehende schwerer ersichtlich ist. Desweiterin weisen einige Patienten eine bessere Reflexionsfähigkeit und Realitätsprüfung auf, als im Vergleich andere Patienten. Oder der Schweregrad des Ausagierens verhält sich im therapeutischen Prozess unterschiedlich.

Masterson berichtete, dass er und seine Mitarbeiter in der psychotherapeutischen Behandlung, daher einen Unterschied zwischen Higher-Level und Lower-Level Borderline-Patienten vornehmen (Masterson, Tolpin, & Sifneos, 1991). Dieser Unterschied beinhaltet im Wesentlichen eine Einteilung der Borderline- Patienten nach dem Strukturniveau und dem Niveau der Abwehr. Higher-Level Patienten weisen eine besser ausgebildete Ichstärke und erweiterte Ichfunktionen auf. Desweiterin nimmt das Ausagieren im Vergleich zur Lower-Level Borderline- Persönlichkeit nicht solch extreme Ausmaßen an, da das Strukturniveau eine Annäherung an die neurotische Persönlichkeitsorganisation aufweist. Was unter anderem, den therapeutischen Prozess begünstigt. Anders bei Lower-Level Patienten, diese weisen eher ein Strukturniveau auf, dessen Ichstärke und Ichfunktionen eingeschränkter sind, als im Vergleich bei Higher-Level Patienten, so dass das Strukturniveau und das Niveau der Abwehrorganisation eher zur psychotischen Persönlichkeitsorganisation tendiert.

Ein weiteres Problem mit dem man sich bei der Anwendung der Kriterien des ICD 10 und DSM IV befassen muss, ist die Tatsache, dass diese Kriterien aus klinisch- theoretischen Befunden abgeleitet sind und nicht aus empirisch nachgewiesenen Untersuchungen (Doering, 2011). Eine psychische Störung wird aufgrund einer bestimmten Symptomfülle, die der Patienten aufweist, diagnostiziert. Dabei sind die Ähnlichkeiten zwischen den einzelnen Persönlichkeitsstörungen sehr hoch. Durch die mangelnde Abgrenzung innerhalb der Kriterien der einzelnen Störungsbilder weisen viele Patienten oft Anzeichen mehrerer Persönlichkeitsstörungen auf. Desweiterin ist fraglich ob überhaupt eine kategoriale Einordnung der einzelnen Persönlichkeitsstörungen, wie sie im ICD 10 oder DSM IV vorgenommen wird, überhaupt möglich ist. Weil die Unterschiede genauso zahlreich sind wie die Gemeinsamkeiten. Nach der Auffassung der meisten Theoretiker, sollte daher auf eine strukturelle Differenzierung zurück gegriffen werden, die nicht nur aus Symptomen besteht,

sondern auch aus intrapsychischen und strukturellen Aspekten. Im Hinblick auf die Borderline- Störung muss daher klar unterschieden werden, zwischen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM IV bzw. ICD 10 und einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation nach psychoanalytischen Erklärungskonzepten. Aus einer Fülle von auftretenden und ersichtlichen Symptomen eine Borderline- Störung zu diagnostizieren, führt dazu, dass die psychoanalytische Erkenntnis, die das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung ins Leben gerufen hat und im Gegensatz zu den ICD 10 und DSM IV Kriterien wissenschaftlich nachgewiesen wurde, vollkommen ignoriert wird. Lediglich stellt die bestehende Symptomatologie eine Form der Entäußerung der intrapsychischen Struktur dar. Anders gesagt sind die Symptome im psychoanalytischen Denken nur Verdachtsmomente und bilden nur einen Hinweis, auf eine zugrundeliegende Persönlichkeitsstruktur (Kernberg, 1975, 1984).

In diesem Zusammenhang muss man erwähnen, dass bei einer Borderline- Störung Symptome auftreten können, die bei anderen Persönlichkeitsstörungen auch zutreffen. So kann z.B. ein Patient mit einer Borderline- Störung sowohl neurotische als auch psychotische Symptome aufweisen. So können Patienten eine narzißtische Akzentuierung innerhalb ihrer borderline- typischen Beziehungsgestaltung aufweisen. Andere wiederum weisen eine hysterische Akzentuierung innerhalb ihrer Beziehungsgestaltung auf. Das einzige Glied welches sie verbindet ist die zugrundeliegende intrapsychische Struktur, die durch die Symptome, intrapsychischen Konflikte und Beziehungsgestaltung sichtbar wird. Weil der Formenkreis der Symptome bei der Borderline- Persönlichkeitsstörung so unterschiedliche Ausmaße annimmt, ist es von daher gerechtfertigt, dass man nicht nur von einer Borderline-Störung spricht, sondern eher von Borderline- Störungen (wie einige Theoretiker dies auch tun). Dulz (2011b) hat aus diesen Gründen die Borderline- Störung(en) in Untergruppen unterteilt, um eine Einteilung der Borderline- Persönlichkeitsstörung und gleichzeitig eine Abgrenzung an andere Persönlichkeitsstörungen zu erreichen. Diese Untergruppen können auf deskriptiver Ebene diagnostiziert werden. D.h. anhand spezifischer Merkmale die ein Patient aufweist, kann auf eine zugrundeliegende intrapsychische Struktur geschlossen werden. Dabei stehen im Mittelpunkt die Beziehungsgestaltung und die Symptomatik, die jeweils die zugrundeliegende intrapsychische Struktur repräsentieren. Anders gesagt, werden Beziehungsgestaltung, Symptome und intrapsychische Konflikte als Folge der zugrundeliegenden intrapsychischen Struktur (Persönlichkeitsorganisation) verstanden. Auch Dulz differenzierte zwischen den einzelnen Untergruppen nach Struktur- und Symptomniveau und der Reife der Abwehroperationen. Je reifer also die Abwehrmechanismen sind, desto höher ist das Symptom- und Strukturniveau und umgekehrt.

Diese Einstufung könnte das Bild der Borderline- Störung als homogene Störung, innerhalb einer deskriptiven Klassifikation präzisieren und die Diagnose für Praktiker vereinfachen. Im *Anhang 5* habe ich daher Dulz Konzept der Einstufung in eine Tabelle zusammengefasst (Dulz, 2011, S. 338ff). Hinzufügen möchte ich, dass in den seltensten Fällen ein Borderline-Patient nur Merkmale einer Untergruppen bzw. eines Symptomniveaus aufweist, sondern oft entsprechen Patienten mehrere Untergruppen. Relevant für die Einteilung sollte daher die Symptomatik sein, die beim Patienten am deutlichsten hervortritt bzw. die das Leben des Betroffenen am meisten einschränkt oder für ihn am bedeutungsvollsten ist. Desweiterin ist zu erwähnen, dass die Untergruppen nach Symptom- und Strukturniveau innerhalb der Tabelle aufgeführt sind. Am Kopf der Tabelle befindet sich die Untergruppe die das höchste Struktur- und Symptomniveau aufweist (die Borderline- Störung auf angsthaftem Symptomniveau). Während am Ende der Tabelle die Untergruppe zu finden ist, die das

niedrigste Struktur- und Symptommiveau aufweist (Borderline- Störung auf psychotischem Symptommiveau). Alle anderen Untergruppen entsprechen strukturelle Zwischenstufen. Das Konzept der Klassifizierung der Borderline- Störung in sog. Untergruppen von Dulz, ermöglicht eine Brücke zwischen typisch psychiatrischer Diagnostizierung und psychoanalytischen Erklärungsmodellen, wobei auch entwicklungspsychologische Aspekte mit beachtet werden. Außerdem kann durch die Benennung und der Eingruppierung in das jeweilige Symptommiveau, die notwendige therapeutische Schwerpunktlage bestimmt werden. D.h. auch ein praktischer Nutzen resultiert aus dieser Art von Klassifikation. Denn aufgrund der spezifischen Symptome, die in der jeweiligen Untergruppe dominieren, müssen sich auch die Rahmenbedingungen innerhalb der Therapie und die Therapieschwerpunkte (orientiert an den Untergruppen) verändern.

Dulz's Konzept der Klassifizierung der Borderline- Persönlichkeitsstörung ist ein alternativer Ansatz, der im Großen und Ganzen die Praxis sicherlich positiv bereichern könnte. Zum Abschluss dieses Unterkapitels möchte ich noch einmal hervorheben, dass nach psychoanalytischer Auffassung eine Borderline- bzw. eine Persönlichkeitsstörung nur dann diagnostiziert werden sollte, wenn die entsprechende intrapsychische Struktur vorliegt. „Eine Homogenität der Borderline- Störung ist also nicht auf dem rein symptombezogenen psychiatrischen Weg, sondern nur unter Anwendung psychoanalytische Verständniskonzepte zu erkennen (Dulz, 2011, S. 329).“ Nach Dulz (Praktiker einer Hamburger Klinik) fällt die Diagnose „Borderline“ nur dann, wenn 1. eine positive strukturelle Analyse vorliegt (Nachweis typischer Abwehrmechanismen), 2. das Diagnostische Interview (nach Gunderson und Kolb) eine Borderline- Persönlichkeitsstörung nachweist und 3. die DSM Kriterien zutreffend sind (Dulz, 2011).

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit möchte ich das psychoanalytische Verständniskonzept der Borderline- Störung vorstellen. Diesbezüglich stelle ich ihre spezifische Persönlichkeitsorganisation, ihre zugrundeliegenden Abwehrvorgänge (als Ausdruck intrapsychischer Konflikte) und ihre charakteristischen Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene dar. Mit Hilfe dieses Wissens ist es uns vielleicht möglich ein theoretisches und besseres Verständnis dieses Störungsbildes und der auftretenden Symptome zu konzipieren. Anhand des theoretischen Wissens, über die borderline-spezifische Beziehungsgestaltung, die borderline- spezifische Persönlichkeitsstruktur und die borderline- spezifischen Abwehrmanöver die vor allem in Übertragungssituationen zum Ausdruck kommen, ist es uns möglich eine konstruktive Begegnung mit diesen Patienten zu gestalten und aufrechtzuerhalten.

2.2. Charakteristika in Abwehr- und Struktur.

Winnicott schrieb einmal: „Psychoanalyse beginnt, wo die Physiologie aufhört. Sie dehnt das Gebiet wissenschaftlicher Forschung aus, auf das Phänomen der menschlichen Persönlichkeit, des menschlichen Fühlen und menschlichen Konflikts (Winnicott, 1990).“ In diesem Zusammenhang ist Psychoanalyse eine Wissenschaft, die zugleich eine Theorie der menschlichen Entwicklung, Handeln, Fühlen und Denkens ist, als auch eine Methode der Heilung psychischer Störung, die die subjektiven Probleme eines Individuums objektiv untersucht. Im Vergleich zwischen Physik und Psychoanalyse schreibt Freud „Hier wie dort besteht die Aufgabe darin, hinter unserer Wahrnehmung direkt gegebenen Eigenschaften (Qualitäten) des Forschungsobjektes anders aufzudecken, was von der besonderen Aufnahmefähigkeit unserer Sinnesorgane unabhängiger und dem vermuteten realen Sachverhalt besser angenähert ist (Freud, 1940, S. 92).“ Freud verweist hier auf einen Versuch, eine Generalisierung und eine Objektivierung, über die unmittelbare Erfahrung

hinaus zu erreichen (siehe auch Kant, 1787). Er hat versucht mithilfe seiner Metapsychologie Beschreibungen anzustellen, die die Phänomene menschlichen Verhalten, Denkens und Fühlens umfassen. Eine besondere Bedeutung dieser psychoanalytischer Theorien besteht darin, dass es möglich wird die interpersonellen Prozesse, intrapsychische Phänomene oder zwischenmenschliche Situationen, die man mit Hilfe der Alltagssprache nur sehr ungenau beschreiben kann, durch eine wissenschaftlich theoretische Konzipierung der Realität zu erfassen.. Anders gesagt, der Analytiker ist fähig, mit seiner theoretischen Landkarte und definierten Begriffen, Beschreibungen von Situationen die eigentlich unbeschreibbar sind, vorzunehmen. Es liegt eine Terminologie vor, die eine Objektivierung der Realität ermöglichen soll.

Ein weiterer Nutzen psychoanalytischer Theorien ist, dass sie ihre Stärke und ihren Wert unter anderem auch darin haben, dass es den Praktikern wie auch den Theoretiker ermöglicht wird, eine allgemeine Verständigung zu erreichen, welche den Inhalt klinischer, menschlicher und psychischer Aspekte umfasst. Diese Verständigung wird ermöglicht, weil definierte Begriffe für die Beschreibung und Benennung intrapsychischer und dynamischer Prozesse bzw. Konflikte vorliegen, auf die sich jeder im Einzelnen beziehen bzw. als Bezugspunkt verwenden kann. Um meine Ansichten etwas klarer zum Ausdruck zu bringen möchte ich dies am Beispiel der Botanik verdeutlichen.

In der Botanik trägt jede Pflanzenart einen lateinischen Namen, der jedem Botaniker bekannt ist. Da jede Pflanze innerhalb verschiedener Kulturkreise ganz unterschiedliche Bezeichnungen haben, liegt auch hier der Vorteil darin, dass es Botanikern aus unterschiedlichen Kulturen ermöglicht wird, untereinander eine allgemeine Verständigung zu erreichen, weil die lateinischen Bezeichnungen durch eine allgemein anerkannte Klassifikation jedem Botaniker auf der Welt bekannt ist. Das gleiche gilt für den wissenschaftlichen Austausch innerhalb der Psychoanalyse. Ein bestehendes vordefiniertes Begriffsrepertoire kann verwendet werden, damit jeder Theoretiker auf der Welt weiß, worüber ein anderer Theoretiker berichtet.

Im Folgenden möchte ich mich mit solchen terminologischen Beschreibungen, Begrifflichkeiten und theoretischen Landkarten auseinandersetzen. Diese dienen mir als Bezugspunkte für die Darstellung und Beschreibung der pathologischen Psychodynamik und Persönlichkeitsorganisation der Borderline- Störung. Die Erkenntnisse aus dem ersten Teil dieser Arbeit haben gezeigt, dass die Borderline- Störung eine Fixierung aufweist, die sich innerhalb einer frühkindlichen Phase befindet, für die es charakteristisch ist, dass die konträren Selbst- Objektrepräsentanzen noch nicht integriert wurden. Im Gegensatz zu psychotischen Störungsbildern ist die Differenzierung der Selbst- und Objektrepräsentanzen, allerdings so weit fortgeschritten, dass die Realitätsprüfung weitestgehend aufrechterhalten werden kann. Nur unter besonderen Umständen kann die Realitätsprüfung eingeschränkt sein, worauf ich später aber noch näher eingehen möchte. Durch die mangelnde Synthese der konträren Selbst- Objektimages ist auch die normale Ich- und Überichentwicklung eingeschränkt. Durch diesen Entwicklungsmangel konnte auch die Neutralisierung der Triebe nicht stattfinden und es wurde keine neutralisierte Triebenergie bereitgestellt, die sowohl die Ichentwicklung, als auch die Entwicklung reiferer Abwehrmechanismen (z.B. Verdrängung, Sublimation) vorantreibt. Durch die Intensität der aggressiv determinierten Selbst- Objektvorstellungen ist es unmöglich, sie mit den libidinös determinierten Selbst- Objektvorstellungen zu integrieren. Das Individuum klammert sich daher an primitive Abwehrmechanismen, die es vor innerer und äußerer Gefahrenquellen schützt und dabei die Spaltung zwischen „guten“ und „bösen“ Selbst- Objektrepräsentanzen aufrechterhalten. Kernberg wies darauf hin, dass die Trennung in „gut“ und „schlechten“ Selbst- Objektrepräsentanzen das Ich vor inneren Konflikten schützt, weil somit die

widersprüchlichen Selbst- Objektrepräsentanzen auseinandergehalten werden können (Kernberg, 1975, 1984).

Die Abwehroperationen der Borderline- Persönlichkeitsstörung sind für das Verständnis dieser Pathologie von entscheidender Bedeutung. Die meisten Praktiker, die eine Hilfeleistung für Borderline- Patienten bereitstellen und dabei auf ihre Grenzen stoßen, scheitern nicht an der Person selbst, sondern sie scheitern an der Präsenz dieser Abwehrbarriere, die für diese Patientengruppe von so vitaler Bedeutung ist. Die Borderline- Abwehr stellt eine archaische Mauer dar, die es der Borderline- Persönlichkeit ermöglicht, mit ihren intensiven Ängsten und aggressiven Impulsen klar zu kommen. Um die Abwehrmechanismen zu verstehen, muss man sich immer den entwicklungshistorischen Kontext betrachten, in dem die Borderline- Persönlichkeit aufgewachsen ist. Dabei kann man die Abwehrmechanismen als ein adaptives System verstehen. Also ein Anpassungsmuster, welches in den ersten Lebensjahren entwickelt wurde um das eigene Überleben zu garantieren (Stauss, 1993). Der entwicklungshistorische Kontext der Borderline- Persönlichkeit kann zum einen charakterisiert werden, in dem das Kleinkind die Liebe zum äußeren Objekt nur dann aufrechterhalten kann, wenn die frustrierenden und enttäuschenden Aspekte des äußeren Objekts verleugnet werden und die guten Aspekte des äußeren Objektes hervorgehoben werden, um wiederum die schlechten Aspekte des äußeren Objektes zu verleugnen und sich vor ihnen zu schützen (Klein, 1946, Mahler, Pine, & Bergman, 1975, Kernberg, 1976). Dornes formuliert dies wie folgt, dadurch dass die aggressiv aufgeladenen „bösen“ Selbst- und Objektrepräsentanzen vorherrschen und drohen bei Kontakt die „guten“ zu dominieren, kommt es zum Gebrauch der Spaltung, der die Restbestände an „guten“ Selbst und Objektrepräsentanzen vor der Übermacht der „bösen“ schützen sollen (Dornes, 1993, S.171ff). Denn nur durch die Aufrechterhaltung der guten Seite des äußeren Objektes kann auch gewährleistet sein, dass das eigene physische Überleben des Kleinkindes gesichert wird (Fairbairn, 1941, 1946). Ebenfalls kann der entwicklungshistorische Kontext koloriert sein durch ambivalente/ widersprüchliche Interaktionsmuster (Beziehungsmustern), wobei diese Mechanismen eine Bewältigungsform gegenüber der Widersprüchlichkeit darstellen (Masterson, 1976).

Desweiterin schützen diese Mechanismen vor den Fluten intensiver Gefühle, die während diesem Zeitraum auf Grund von Enttäuschungen, Frustrationen oder Ängsten auftreten und im späteren Leben immer wieder reaktiviert werden (Kernberg, 1976). Z.B. die für Borderline- Patienten so typische Angst- und Wutmanifestation entsprang ursprünglich aus normalen Gefühlsreaktionen die in Beziehung zu einem primären Objekt entstanden. Nach der Bindungspsychologie dienen diese Gefühlsreaktionen zur Stabilisierung der primären Beziehung. „Angst und Wut sind somit fast natürliche, gewissermaßen Hand in Hand gehende Reaktionen, wenn wir die Bindung an einen geliebten Menschen bedroht glauben (Bowlby, 1988, S. 62).“ Normalerweise bilden sie, bei guter Dosierung normale Gefühlsreaktionen innerhalb der menschlichen Entwicklung, die dann durch gute Beziehungserfahrungen abnehmen. Allerdings können wir bei der Borderline- Störung von einer Überdosierung ausgehen. Rohde-Dachser hat darauf hingewiesen, dass die Affekte bei den Betroffenen einer Borderline- Störung, nicht wie bei Kernberg (1975), nur durch eine mangelnde Legierung aggressiver und libidinöser Triebe weiter unmodifiziert fortbestehen. Sondern, dass vor allem die Borderline- Angst und Wut auch eine Art existenzielle Verleugnungsfunktion/ Deckfunktion besitzen (Rohde-Dachser, 2004). Die Borderline- Angst, kann das Individuum vor seinen darunterliegenden intensiven Gefühlen schützen. Sie übernimmt dabei die Rolle eines intensiven überwältigenden Deckaffekts, der alle darunterliegenden unerträglichen Gefühle dominiert. D.h. auch, dass sie dabei nicht nur die Funktion einer Signalangst übernimmt, die das eigene Überleben schützen soll. Sondern sie

erhält im späteren Leben die Form einer Erwartungsangst, die vor allem in intimen, emotionalen zwischenmenschlichen Beziehungen zum Ausdruck kommt (Hoffmann, 2011). Hierbei kann sie unter anderem eine unerträgliche Depression verhindern. Weil die Depression immer als Gefühlsreaktion eintritt, wenn ein gefürchtetes Ereignis (Objektverlust) zutage tritt, kann die Angst dem Individuum suggerieren, dass das gefürchtete Ereignis noch nicht eingetreten ist.

Das gleiche gilt auch für die Wut, die der Borderline- Persönlichkeit gleichzeitig ermöglicht gegen die Angst entgegenzuarbeiten und dabei eine Ich-Regression verhindert. Die Wut ist daher für die Vitalität sehr Bedeutsam, weil sie das psychische Gleichgewicht der Borderline-Persönlichkeit aufrechterhält und dabei auch in intime zwischenmenschliche Beziehungen eine Enttäuschungsprophylaxe bereitstellen kann. Dies wird plausibel wenn man davon ausgeht, dass a) das Wuterleben eine Spannungsabfuhr im Rahmen eines Ersatzgefühls ermöglicht; b) Wuterleben wird eingesetzt zur Abwehr anderer, ängstiger Triebregungen und c) zur narzißtischen Rechtfertigung (zit. nach Rohde-Dachser, 2004, S. 103).

Die Wut verweist auch darauf, dass ein wirklicher Verlust eines Objektes noch nicht vollständig hingenommen wird. Sie stellt eine Sanktion dar, die sich gegen das begehrte Objekt richtet, um damit dessen Verlust zu verhindern. Mit anderen Worten, die Wut kann dem Individuum suggerieren das der Verlust eines Objektes noch nicht ganz eingetroffen ist. Sie schützt das Individuum also vor Panikreaktionen, die aus der Erkenntnis eines verlorenen gegangenen Objektes entstehen. Da die Wut wiederum auch die Gefahr des Verlustes oder der Zerstörung des Objektes mit sich bringt, neigen Borderline- Patienten auch dazu diese Wut auf eher unbedeutsame, andere Objekte zu richten. Desweiterin ist es wichtig zu verstehen, dass die Wut eine Ich-Auflösung und eine begleitende Regression verhindert, weil sie ein emotionales Erleben in gewisser Weise neutralisiert und einen vertrauten Gefühlszustand verkörpert. Viele Theoretiker und Praktiker sind daher der Meinung, dass die Wut innerhalb der Behandlung toleriert werden sollte. Ebenfalls wird dadurch verhindert, dass das Individuum diese Wut auf sich selbst richtet, wenn sich das äußere Objekt der auf sie gerichteten Wut entzieht.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Borderline- Persönlichkeit mit Hilfe ihrer Abwehroperationen soweit wie möglich, unter anderem versucht diese Angst und Wut in den Griff zu bekommen. Z.B, indem sie sie projiziert, verleugnet oder ein Objekt schafft welches die Borderline- Persönlichkeit vor ihren intensiven Gefühlen schützt. Die Abwehr kämpft sozusagen auf zwei Fronten, zum einen gegen ihre eigene Affektivität (Triebgefahren) und zum anderen gegen eine Auflösung ihrer Ich-Struktur, die wie ein psychischer/ physischer Tod erlebt wird. Um die Bedeutung der Abwehrmechanismen und frühkindlichen Erfahrungen noch genauer zu betonen, möchte ich einen theoretischen Seitensprung vollziehen und mich auf das Konzept der Transaktionsanalyse stützen.

Die Transaktionsanalyse ist eine „Erfindung“ des amerikanischen Psychiaters Eric Berne (1964). Mir geht es hier besonders um eine Weiterentwicklung der Transaktionsanalyse von Claude Steiner – die sog. Skripttheorie (Stewart & Joines, 2009). Das Skript stellt einen Lebensplan dar, der innerhalb der frühesten Kindheit aufgrund von Erfahrungen beschlossen wird und eine Form, ähnlich wie ein Drama (mit Anfang, Mitte und Ende) enthält. Der Ursprung des Lebensskript liegt a) in einer Überlebensstrategie des Kleinkindes in einer Welt die oft als feindselig oder sogar lebensbedrohlich erlebt wird; b) werden die Skriptentscheidungen aus den Gefühlen des Kleinkindes und aus seiner Weise der Realitätserfassung heraus getroffen (zit. nach Stewart & Joines, 2009, S. 155ff). Dieser entschiedene Lebensplan liegt außerhalb unseres Bewusstseins, allerdings wird die

Wirklichkeit so umgedeutet, dass sie unsere Skriptentscheidung bestätigt bzw. wir deuten die Wirklichkeit so um, dass sie wie eine Rechtfertigung unserer Skriptentscheidung vorkommt.⁵⁴ Konrad Stauss integrierte die Theorie der Transaktionsanalyse mit den Beiträgen von Kernberg (1975, 1976, 1980), Mahler (Mahler, Pine, & Bergman, 1975), Jacobson (1964), Spitz (1967) und Rohde-Dachser (2004) etc. – zu einem Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In der Terminologie der Transaktionsanalyse stellt die Spaltung zwischen „guten“ und „bösen“ Selbst- Objektvorstellungen keinen Bewältigungsmechanismus dar, sondern sie bildet, das sog. „*Borderline- Skript*“, als Resultat frühkindlicher Entscheidungen (Stauss, 1993). „Dieses Skript entspricht dem Selbst- u. Weltbild, das das Kind unter traumatischen Erfahrungen innerhalb der Separations- u. Individuationsphase entworfen hat. Die Welt des Kindes in den ersten drei Entwicklungsphasen ist die dyadische Welt mit der Mutterfigur. Aus diesem Grund sind diese Skriptentscheidungen Beziehungsentscheidungen, bezogen auf das Erleben mit der Mutterfigur. Geprägt sind sie durch die reifungsbedingte Unfähigkeit des Kindes, die Mutterfigur als Ganzes wahrzunehmen zu können. Dieses Skript trägt dazu, diese traumatischen Kindheitssituationen zu reinszenieren, um eine bessere und glücklichere Lösung zu finden (Stauss, 1993, S. 67-68).“

2.2.1. Die Spaltung und ihre Hilfsmechanismen:

Der charakteristische Abwehrmechanismus der Borderline- Persönlichkeitsstörung ist also die sog. Spaltung. Dieser Abwehrmechanismus trägt (wie mehrfach erwähnt) im Wesentlichen dazu bei, dass die „guten“ Selbst- Objektrepräsentanzen von den „schlechten“ Selbst- Objektrepräsentanzen strikt auseinander gehalten werden. Also die starre Trennung positiver und negativer Gedanken sich selbst und anderen gegenüber. Allerdings können Gefühle zu einer Person von einem Moment zum anderen ins Gegenteil überschlagen. Klinisch drückt sich dies wie folgt aus, eine andere Person wird entweder Abgewertet oder Idealisiert, so dass die Borderline- Persönlichkeit von einem Extrem ins andere fällt und es dabei keine Zwischentöne, Grauzonen oder Nuancen gibt.

Melanie Klein (1946) hat die Bedeutung der Spaltung im wesentlichen definiert, wobei an dieser Definition sich heute nicht viel geändert hat. Sie hat auch darauf hingewiesen, dass die Spaltung einen Mechanismus darstelle, der bereits vor der Verdrängung liegt und im Gegensatz zur Verdrängung, deren wesentliche Funktion darin besteht einen „unerwünschten“ psychischen Inhalt ins Unbewusste zu verbannen, geht es bei der Spaltung nicht darum, den unerwünschten Inhalt ins Unbewusste zu verbannen, sondern seine Existenz wird ganz und gar verleugnet – der psychische Inhalt bleibt dabei vorbewusst. Allerdings muss die Abwehr des Ichs darauf ausgerichtet sein, diesen Inhalt von den anderen Segmenten des psychischen Erlebens fernzuhalten. Daher verursacht dieser Vorgang eine selektive Einschränkung der Wahrnehmung, die die Realitätsprüfung zeitweilig einschränkt. Eine bestimmte Person wird in einem Moment idealisiert und in einem anderen Moment abgewertet oder sogar gehasst. D.h. ein ganzes Bild einer Person, welches aus guten sowie aus schlechten Seiten besteht, kann nicht aufrechterhalten werden. Erlebt die Borderline- Persönlichkeit Enttäuschung oder Frustration erfolgt eine totale Abwertung einer Person, wobei die guten Aspekte dieser Person nicht in dieses Bild einbezogen werden können. Das gleiche gilt umgekehrt. Wird eine Person als „gutes“ Objekt betrachtet, werden

⁵⁴ Man könnte hier auch eine Annäherung an die sog. Anleitung zum Unglücklichsein oder an eine Selbsterfüllende Prophezeiung wie sie Watzlawick postulierte (Watzlawick, 1981, 1983) finden.

alle schlechten Seiten dieses Objektes innerhalb der Wahrnehmung verleugnet. Als Resultat entsteht eine unrealistische Vorstellung einer bestimmten Person, die entweder nur aus „total guten“ oder „total schlechten“ Repräsentanzen besteht. Ähnlich wie bei einer Medaille, wobei nur die eine Seite betrachtet werden kann, ist die Borderline- Persönlichkeit unfähig die andere Seite einer Person in ihr emotionales Erleben einzubeziehen.

Um die Spaltung aufrechtzuerhalten dienen sog. Hilfsmechanismen (Idealisierung, Projektion, projektive Identifizierung, Externalisierung, Verleugnung usw.) als Stützfunktion. Rohde-Dachser (2004) hat diese Hilfsmechanismen im Wesentlichen zusammengefasst und im Folgenden möchte ich mich auch auf ihre Arbeit stützen und einige davon vorstellen. Dabei möchte ich darauf hinweisen, dass viele Theoretiker der Ansicht sind, dass die Spaltung nicht als ein eigenständiger Mechanismus betrachtet werden sollte, sondern als einen Mechanismus der aus dem gesamten Auftreten der sog. Hilfsmechanismen resultiert. Mit anderen Worten die Spaltung tritt als das Gesamtwirken der sog. Hilfsmechanismen auf. Einer der sog. Hilfsmechanismen ist *die Idealisierung*. Dieser Mechanismus ist ein Vorgang, bei dem Idealvorstellungen einer anderen Person zugeschrieben werden, wodurch verhindert wird, dass Schwächen und Fehler dieser Person differenziert wahrgenommen werden. Innerhalb der frühkindlichen Entwicklung ist die Idealisierung die Voraussetzung eines normalen Entwicklungsvorgangs, wobei die Eltern das erste idealisierte Objekt darstellen. Im späten Erwachsenenalter finden wir die Idealisierung im Zustand des Verliebtseins und in der romantischen Beziehung zum begehrten Objekt wieder. Allerdings handelt es sich hier im Normalfall, um eine reife Form der Idealisierung, wobei auch die schlechten Aspekte der geliebten Person innerhalb der Wahrnehmung integriert werden. Das heißt, die Idealisierung erfolgt im Rahmen der integrierten Objektimages und schließt die gesamte Person mit all ihren Aspekten ein (Kernberg, 1995). Desweiterin kann man Idealisierungsprozesse auch in Gruppen-/ Kleingruppenprozessen wiedererkennen. Wobei Führungspersonen oder Führungsgruppen von einer Gruppe idealisiert werden können (Bion, 1961).⁵⁵

Bei der Borderline- Persönlichkeit hat die Idealisierung eine primitive Form. Nach Kernberg ist sie einer der wichtigsten Hilfsmechanismen der Spaltung, die unrealistische Objektimages hervor bringt. Es ist die Neigung ein bestimmtes äußeres Objekt zu einem unrealistischen „total guten“ Objekt zu machen. Dieses unrealistische Objekt übernimmt die Funktion die Borderline- Persönlichkeit vor der Anwesenheit eines „total schlechten“ Objektes und vor einer schlechten Welt zu schützen (Klein, 1946). Ebenfalls schützt dieses überidealisierte Objekt die Borderline- Persönlichkeit vor ihrer eigenen und der auf andere Objekte projizierten Aggression und ermöglicht durch die zugeschriebene Allmacht eine narzißtische Befriedigung ihrer selbst (Kernberg, 1975). Um die Vorstellung eines allmächtigen, unerschöpflichen, total guten und vollkommenden Objektes, auch bei auftretender Frustration oder Enttäuschung aufrechtzuerhalten, kann die Aggression gegenüber dieses Objekt verleugnet, aufgeschoben oder auf andere Objekte projiziert werden. Daher ist ein weiterer Abwehrmechanismus der die Spaltung aufrechterhält *die Projektion*.

Es geht darum, „dass man Gefühle und Phantasie, die man in sich selber ablehnt, nach außen verlagert u. in einer anderen Person lokalisiert, so dass man dem anderen unterstellt,

⁵⁵ Als Beispiel erinnere ich an die Wahl des amerikanischen Präsidenten Barack Obama. Nach den Darstellungen der Medien kann man annehmen, dass eine primitive Idealisierung vorlag. Wobei nur die guten Aspekte dieser Führungsperson beachtet wurden. Damit meine ich, Obama wurde als eine Figur emporgehoben, dessen Handlungsgrenzen und Grenzen seiner Möglichkeiten, als erster schwarzer amerikanischer Präsident „die Welt“ zu verändern, von seinen idealisierenden Anhängern nicht berücksichtigt wurden.

dass er die Gefühle, Gedanken u. Phantasien hat, die man in sich selber ablehnt (Stauss, 1993, S. 80).“ Der Hauptzweck der Projektion bei der Borderline- Persönlichkeitsstörung besteht in der Externalisierung der „total bösen“, aggressiven, entwerteten Selbst-Objektimages. Es handelt sich hier um einen psychischen Vorgang bei dem das äußere Objekt, die Aspekte der „total schlechten“ Selbst- Objektimages zugeschrieben bekommt. Durch die unzureichende Differenzierung der Selbst- Objektrepräsentanzen ist es der Borderline- Persönlichkeit allerdings nicht möglich, sich von den aggressiven psychischen Inhalten ganz zu befreien. Mit anderen Worten sie kann sich mit dem Objekt auf das die Aggression projiziert worden ist noch immer Identifizieren. Womit letzten Endes das äußere Objekt zu einer Bedrohung wird und eine Angst vor der eigenen projizierten Aggression auftritt. Rohde-Dachser formulierte diesen Vorgang wie folgt: „Es kommt auf diese Weise zu einer partiellen Wieder-Introjektion (Re-Introjektion) der projizierten Persönlichkeits-Anteile, die sich nun mit Zügen des Objektes mischen, welches ursprünglich das Projektionsziel war (Rohde-Dachser, 2004, S. 75).“ Die Projektion erhält auf diese Weise den Charakter der *projektiven Identifizierung* (Klein, 1946, Rosenfeld, 1987).⁵⁶ Die projektive Identifizierung führt dazu, dass das innere Drama der früheren Objektbeziehungen auf die Außenwelt übertragen und inszeniert wird. Die Projektion schlägt sich im interaktionellen Raum nieder und veranlasst, dass sich das Objekt der Projektion gezwungen fühlt, auf die projizierten Inhalte des anderen zu reagieren. Somit nimmt das Objekt der Projektion eine Rolle ein, die der inneren Repräsentanz desjenigen von dem die Projektion ausging entspricht (Stauss, 1993). Das Objekt der Projektion wird gezwungen so zu fühlen, zu denken und sich so zu verhalten wie es den Gefühlen der Borderline- Persönlichkeit entspricht.

Bei dem Vorgang der projektiven Identifizierung ist es nach den kleinianischen Theoretikern wichtig als Analytiker einen psychischen Container bereitzustellen. Die Rolle des Analytikers als psychischer Container ist dabei haltend und er verfolgt die Aufgabe die Aggression des Patienten zu akzeptieren, ohne sich den Patienten zu entziehen. Für Rosenfeld (1987) beginnt hier der Anfang für einen konstruktiven psychoanalytischen Dialog. Er verstand die projektive Identifizierung als ein Kommunikationsversuch psychotischer- und borderline-Patienten, die verzweifelt versuchen ihre eigenen diffusen Gefühle und Gedanken in irgendeiner Form loszuwerden. Der Therapeut versucht diese unerträglichen Gefühle und Gedanken in den Raum zu behalten, damit der Patient langsam die Bedeutung dieser Gefühle erkennt bzw. diese tolerieren kann. Dabei fungiert der Therapeut als empathischer Organisator, der diese diffusen Gefühle und Gedanken in eine sinnhafte Form fasst, damit sie für den Patienten eine Bedeutung bekommen. Dies wird ermöglicht durch a) eine einfühlsame Haltung des Analytikers b) seine Fähigkeit die intensiven Gefühle des Patienten zu ertragen und c) sein Geschick mittels verbaler Deutung die Gefühle des Patienten in sinnhafte Worte zu fassen. Bion (1962) bezeichnete die Funktion des Analytikers innerhalb des Container, als „Beta-Funktion“ und den diffusen psychischen Zustand des Patienten als „Beta-Elemente“, die solange diffus bleiben bis der Analytiker durch seine Container-Funktion diese „Beta-Elemente“ in „Alpha-Elemente“ transformiert. Durch eine gelungene Transformation ist der Patient fähig seine eigenen Impulse zu ertragen und mittels seiner gesunden Selbstanteile die transformierten „Alpha-Elemente“ zu verarbeiten.

Im Rahmen der Projektion und projektiven Identifizierung der durch aggressive Konflikte gefärbt ist, kann eine Fusion der Selbst- Objektimages vorkommen, die innerhalb der

⁵⁶ Die projektive Identifizierung ist auch ein Vorgang, der bei psychotischen Patienten auftritt. Der Unterschied zwischen psychotischer und borderline- spezifischer projektiven Identifizierung besteht darin, dass bei psychotischen Patienten die projektive Identifizierung einen Dauerzustand einnimmt, während bei Borderline- Patienten die projektive Identifizierung in der Regel nur unter extremen Stressbedingungen zum Ausdruck kommt.

Übertragung zum Ausdruck kommt (sog. Minipsychosen, Übertragungspsychose). In der Regel ist die Differenzierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen bei der Borderline-Störung soweit fortgeschritten, dass ein Realitätsbezug gewährleistet werden kann. Allerdings unter schwierigen Stressbedingungen kann eine paranoide Reaktion in Verbindung von Projektionen und projektiver Identifizierungen erfolgen, die eine Fusion zwischen Selbst- und Objektimages und eine Fragmentierung des Ichs auslöst (Volkan, 1976). Diese auf Stress beruhende Dissoziation beschreibt das Kriterium 9 welches im DSM IV aufgeführt ist. Allerdings sind Borderline- Patienten meistens fähig, bei auftretendem psychosenahen Erleben, sich Anhand von Beobachtungen und logischen Schlussfolgerungen zu vergewissern, um den Bezug zur Realität wieder aufzunehmen. Desweiterin hängen diese regressiven Abwehroperationen immer mit der strukturellen Entwicklung, der Differenzierung der Selbst- und Objektimages und der Beschaffenheit der Ich-Grenze zusammen, die bei jedem Patienten unterschiedlich verlaufen kann.

Ein weiterer Mechanismus der Borderline- Abwehr ist das *Omnipotenzgefühl und die Abwertung äußerer Objekte*. Dieser Vorgang ermöglicht ähnlich wie Kleins (1935) beschriebene manische Abwehr, eine Verleugnung der Borderline- Persönlichkeit von einem äußeren bedürfnisbefriedigenden Objekt abhängig zu sein. Omnipotenz und Abwertung stellt einen narzißtischen Selbstschutz dar, der die Borderline- Persönlichkeit vor Kränkungerfahrungen schützt.⁵⁷ Dieser narzißtische Selbstschutz kann als eine Trostphantasie, als Reaktion auf die zugefügte Enttäuschung die von einem idealisierten Objekt ausging, verstanden werden. Das Objekt wird mit Hilfe der Entwertung somit für die Borderline- Persönlichkeit bedeutungslos. Eine schmerzliche Trauer/ Verlusterfahrung und die Projektion narzißtischer Wut kann vom Individuum somit verhindert werden. Wodurch sich das abgewertete Objekt auch nicht zu einem gefährlichen Verfolger verwandelt.

Desweiterin wird die Spaltung durch den Mechanismus der Verleugnung aufrechterhalten. Ebenso besitzt die Verleugnung den gleichen formalen Charakter wie die Spaltung. Denn sie tritt dann auf, wenn die Verdrängung für die Abwehr von unangenehmen psychischen Inhalten noch nicht eingesetzt werden kann. Mit anderen Worten, die Spaltung, sowie die Verleugnung schützen das Individuum vor inneren und äußeren Gefahrenquellen, die vor der Zeit der reifen Ichentwicklung und reifer Abwehrfunktionen stattfindet und halten die Sonderung zwischen „guten“ und „schlechten“ Selbst- Objektrepräsentanzen aufrecht. Hierbei werden Sektoren der Wahrnehmung von einer unangenehmen inneren und äußeren Realität teilweise suspendiert. D.h. bei einem schmerzhaften Konflikt kann das Ich die Verleugnung einsetzen um die schmerzhaft Wahrnehmung nicht als Realität anzuerkennen, um so zu verhindern, dass sich das Individuum mit diesen Schmerzen auseinander setzen muss (Stauss, 1993). Zusammenfassend zeigt sich die Verleugnung Innerhalb der borderline- typischen Spaltungsvorgänge bei den wechselseitigen Verlagerungen der emotionalen gegensätzlichen Bewusstseinsbereiche. Mit anderen Worten, die Verleugnung begünstigt die Verlagerung zweier konträrer Ich-Zustände, die aus einer bestimmten Objektimago in Verbindung mit einer entsprechenden Selbstimago und einer bestimmten Affektdisposition besteht (Kernberg, 1975, 1976, 1980). Die Verleugnung ermöglicht die Aktivierung widersprüchlicher Ich-Zustände und solange diese Zustände getrennt gehalten werden, lässt sich auch die Angst vermeiden bzw. sie wird unter Kontrolle gehalten. Dieser Abwehrovorgang zeigt sich vor allem in der Unfähigkeit bei Borderline- Patienten eine Synthese herzustellen, die die widersprüchlichen Gefühle und die emotionale Einstellungen

⁵⁷ Vor allem schützt die narzißtische Abwertung gegen die Erfahrung des Nicht - Geliebt - Werdens oder des Nicht – Lieben – Könnens.

zu einer Person in Verbindung bringt. Der Patient ist sich zwar bewusst, dass seine Einstellung zu einer Person zu einem anderen Zeitpunkt anders war. Allerdings hat das Wissen für ihn keinerlei emotionale Relevanz. Zu einem späteren Zeitpunkt verleugnet er dann wiederum den jetzigen Zustand, wobei das Wissen über den vorherigen Zustand wiederum intakt bleibt, aber auch keinerlei Relevanz für seine emotionale Einstellung hat. Bei Enttäuschung in Beziehung zu dem idealisierten Objekt kann die Verleugnung dazu dienen, einen entgegen gesetzten Affektzustand und eine Objektrepräsentanz zu aktivieren, um sich mit dieser Enttäuschung nicht auseinander setzen zu müssen bzw. die zugefügte Enttäuschung kann verleugnet werden, um die emotionale Einstellung zu der idealisierten Person aufrechtzuerhalten. Desweiterin zeigt sie sich auch in der Aktivierung des anderen Extrems. Damit meine ich sie kann eingesetzt werden um die guten Anteile einer Person zu verleugnen, um letzten Endes aggressive projektive Prozesse und Abwertungen des ehemals guten Objektes zu rechtfertigen. Sie ermöglicht auch hier, der Borderline-Persönlichkeit einen bedrohlichen Anteil ihres Selbsterlebens zu stärken z.B. um eine Depression zu verleugnen. Der Vorgang der Verleugnung ermöglicht zwar eine Minderung der Angst, die aus dem intrapsychischen Konflikt resultiert, allerdings wird auch hier die Ichfunktion und die Anpassungsleistung bzw. Flexibilität der Borderline- Persönlichkeit stark eingeschränkt. In diesem Zusammenhang beschrieb Masterson die Borderline- Abwehr: „Die primitive Abwehr dieser Patienten operieren alle auf Kosten der Realitätsprüfung. Sie müssen sich die Ichstruktur der Borderline- Persönlichkeit so ähnlich wie ein Stück Schweizer Käse vorstellen, dessen Löcher Mängel in der Realitätsprüfung gleichzusetzen sind. Diese Abwehrmechanismen können nicht wirksam werden, ohne dass die Wahrnehmung der Realität aussetzt (Masterson, Tolpin, & Sifneos, 1991, S. 25).“

Um sich den inneren Konflikt nicht zu stellen, versucht das Ich des Borderline- Patienten diesen Konflikt auf die Außenwelt zu übertragen. Ähnlich wie die projektive Identifizierung führt auch der Vorgang der *Externalisierung* dazu, die inneren Probleme auf die Außenwelt so zu projizieren, um letzten Endes, diese ein Stück weit zu kontrollieren bzw. berechenbarer zu machen. Es sind komplexe Vorgänge die im Wesentlichen beinhalten, dass der Borderline- Patient versucht, ein inneres Gleichgewicht durch die Veränderung der Realität herzustellen. Weil die Borderline- Persönlichkeit Schwierigkeiten hat sich mit ihrer Affektivität auseinander zu setzen, versucht sie, z.B. dass bestimmte Personen die Rolle von frühen verinnerlichten Objektbeziehungen einnehmen. Man kann sich das so vorstellen, dass eine Person gebraucht wird die die Qualität der „schlechten“ Objektrepräsentanz darstellt und es wird eine Person gebraucht die die Qualität des „guten“ Objektrepräsentanz darstellt. Also eine Person entspricht entweder der „total guten“ oder der „total schlechten“ Objektrepräsentanz. Es kommt auch vor, dass ein und dieselbe Person stellvertretend beide Objekte/ Objektvorstellungen repräsentiert, aber diese werden strikt auseinandergehalten. Im Grunde ist es nur wichtig, dass ein Ersatz für die inneren Strukturen und gebildeten inneren Mustern gesucht wird, um die Integration aufrechtzuerhalten. Durch diese Inszenierung ist es der Borderline- Persönlichkeit möglich, das innere Gleichgewicht so aufrechtzuerhalten, dass ein psychischer Zusammenbruch oder eine Regression vermieden wird. Diese Externalisierungsvorgänge stellen also Lösungsstrategien da, um den intrapsychischen Konflikt zu bewältigen und eine Auflösung der Ich-Struktur zu verhindern. Es sind z.B. alle Bemühungen und Verhaltensweisen der Borderline- Persönlichkeit eine anklammernde Beziehung, Nähe oder Anwesenheit einer bestimmten Person zu erreichen oder diese auf Distanz zu halten bzw. abzuwerten.

Jacobson (1967) hat gezeigt, wie z.B. psychotische Patienten versuchen, die Realität nach den Mustern ihrer verinnerlichten Objektbeziehungen zu verändern. Z.B. Ehepartner oder Arbeitskollegen nehmen die Rolle internalisierter Objektimages aus der Vergangenheit ein

und werden auch so behandelt. Solange es dem Patienten ermöglicht wird die Außenwelt so zu manipulieren, dass sie seinen inneren Mustern entspricht, war er fähig, seine Überich- und Ichstruktur aufrechtzuerhalten. Während ein regressiver Einbruch und Dissoziationen dann zu Stande kam, wenn die Personen die fehlenden inneren Strukturen nicht ersetzen konnten. Die ganze Batterie von Abwehrmechanismen ist für die Borderline- Persönlichkeit auf der einen Seite so existenziell bedeutsam und auf der anderen Seite so destruktiv und selbstzerstörerisch, weil sie gewährleistet, dass die frühkindlichen pathologischen Beziehungsmuster immer weiter (unaufhörlich) fortbestehen und reinszeniert werden. Das beschlossene Lebensskript ist eine unaufhörliche Achterbahn zwischen Himmel und Hölle. Eine „Anleitung zum Unglücklichsein“ wobei in vielen Fällen sich der Suizid als die einzige Notbremse offenbart.

2.2.2. Die Pathologie der Selbst- und Objektrepräsentanzen:

Die gespaltenen und pathologischen Selbst- Objektrepräsentanzen geben uns die Möglichkeit, das pathologische Selbst- und Fremdkonzept der Borderline- Persönlichkeit in gewisser Weise zu betrachten. Die frühe Erfahrung der unsicheren Liebe und der sicheren Enttäuschung spielt im späteren Leben, innerhalb der Wahrnehmung von bestimmten (wichtigen) Menschen, innerhalb der Beziehungsgestaltung zu diesen Menschen und der Beurteilung dieser Menschen eine wichtige Rolle. Die ursprünglichen Erfahrungen von Frustration und Enttäuschungen, die aus den pathologischen Erfahrungen früherer Objektbeziehungen stammen, werden durch die Abwehrmechanismen in späten zwischenmenschlichen Beziehungen reinszeniert. Zu betonen ist, dass diese Patienten erfahren/ gelernt haben, dass die Erfahrung der Liebe von äußeren Objekten immer auf schwankenden Boden steht bzw. nicht zu erwarten ist – aber von ihnen ersehnt wird. Während Ablehnung und Enttäuschung ein sicheres Fundament innerhalb der zwischenmenschlichen Beziehung darstellen, auf das sich die Borderline- Persönlichkeit in gewisser Weise „verlassen“ kann. Das Resultat ist ein Antagonismus, der diese Patienten veranlasst, zu begehren, was sie verlieren fürchten und zurückweisen, was sie bereits haben, aber auch fürchten, davon vereinnahmt oder enttäuscht zu werden. Green hat das auf den Punkt gebracht – „Liebe ist immer ungewiss, Hass dagegen immer gewiss“ – (Green, 1989, S. 97).

Ähnlich wie das Kleinkind innerhalb seiner infantilen Entwicklung die Spaltung aufrechterhält, versucht die Borderline- Persönlichkeit die „guten“ Selbst- Objektrepräsentanzen vor einer Dominanz der „schlechten“ zu schützen. Die gespaltenen Ich-Segmente der Borderline- Persönlichkeit sind charakterisiert durch ein jeweiliges Objektbild, dass mit einem komplementären Selbstbild, als auch mit einer dazugehörigen Affektdisposition verbunden ist (Kernberg, 1975, 1976). Diese resultieren aus frühen Internalisierungsprozessen, die auf den Zeitpunkt der Fixierung zurückzuführen sind. Charakteristisch für die beiden Objektbilder ist es, dass sie zutiefst unrealistische Vorstellungen von einem „ganz guten“ (idealisierten) und einem „ganz schlechten“ Objekt beinhalten.

Die Selbst- Objektrepräsentanzen sind soweit ausreichend differenziert, so dass die Borderline- Persönlichkeit zwar kognitiv zwischen Selbst und Nichtselbst fähig ist, zu unterscheiden. Allerdings sind die Selbstgrenzen noch nicht soweit ausgebildet, damit die Borderline- Persönlichkeit auch emotional zwischen Selbst- und Objekt unterscheiden kann. Das bedeutet, dass die Objektrepräsentanzen einen unwahrscheinlichen Einfluss auf das Selbstgefühl der Borderline- Persönlichkeit haben, welches gekennzeichnet ist, durch ein gutes, passives und klagendes Selbstbild und ein abgewertetes, verwerfliches und gehasstes Selbstbild. Desweiterin zeigt sich die mangelnde Differenzierung darin, dass

Borderline- Persönlichkeiten davon ausgehen, dass die Umwelt ihren eigenen Gefühlszuständen entspricht.

Verinnerlichte Objektbeziehung auf der Stufe der Fixierung:

	„schlechte“ Objektrepräsentanz	„gute“ Objektrepräsentanz
Objektrepräsentanz	<ul style="list-style-type: none"> • kritisch, feindselig, wütend, abwertend, enttäuschend, frustrierend • Zuwendung und Anerkennung wird entzogen, wenn das Kind, Verhaltensweisen der Exploration zeigt (Masterson, 1976). 	<ul style="list-style-type: none"> • anklammernd, überfürsorglich • Anerkennung, Zuwendung werden nur gewährt wenn das Kind den Bedürfnissen der Mutter entspricht (Masterson, 1976).
Affektzustand	<ul style="list-style-type: none"> • Wut, Frustration, Zorn, • das Gefühl hintergangen zu sein • Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Leere, Angst, Verzweiflung • Verlassenheitsdepression 	<ul style="list-style-type: none"> • sich gut fühlen • Belohnung, • Wunsch nach Wiedervereinigung
Selbstrepräsentanz	<ul style="list-style-type: none"> • untauglich, schlecht, hilflos, schuldig, hässlich, leer etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • klagend, gut, passiv,

Der Preis den die Borderline- Persönlichkeit zahlen muss, um ein äußeres idealisiertes Objekt hervorzubringen, ist die Tatsache, dass sie sich selbst kleinmachen muss, um die Vorstellung des unvollkommenen Objektes aufrechtzuerhalten. Das heißt, um sich gut zu fühlen, muss sie sich selbst ein Stück weit verleugnen und alles was für das Objekt unerwünscht sein könnte, muss aus der Beziehung und dem Selbst verbannt werden. Auf der anderen Seite bestimmt die erfahrene Ablehnung oder Enttäuschung einer bestimmten Person das schlechte, gehasste und entwertete Selbstbild, welches die Borderline-Persönlichkeit von sich selbst hat. Um sich vor der Intensität des eigenen Hasses und der intensiven Spannung zu schützen, müssen diese schlechten Aspekte nach außen projiziert werden. Die totale Abwertung eines Objektes wird zur Folge, wobei die Empathie und die ursprüngliche emotionale Haltung zu dieser Person verloren gehen. Hier zeigt sich auch, dass Borderline- Patienten nicht fähig sind, bei widersprüchlichen Gefühlen zu einer Synthese zu gelangen.

Desweiterin besteht auf der einen Seite eine totale affektive Abhängigkeit zu äußeren Objekten, die sich darin zeigt, dass die Borderline- Persönlichkeit sich nur dann selbst erleben kann, wenn ein äußeres Objekt zur Verfügung steht, mit dem sie sich identifizieren kann. Der Verlust dieses Objektes wird als ein Verlust eines Selbstanteils erlebt (Volkan, 1976). Borderline- Persönlichkeiten fühlen sich dann unvollständig, verarmt und ein inneres Leeregefühl oder eine Verlassenheitsdepression tritt an Stellen des Objektes. Da Borderline-Patienten sich nicht als ein autonomes Wesen fühlen, brauchen sie daher Identifizierungen,

um die innere Leere aufzufüllen. Auf der anderen Seite besteht wiederum die Furcht, aufgrund der durchlässigen Selbstgrenze, vor einem äußeren Objekt beherrscht, überwältigt oder überflutet zu werden. Sie haben Angst vor dem von Mahler beschriebenen Identitätsverlust (Mahler, 1971, Mahler, Pine, & Bergman, 1975). Sie haben Angst von einem äußeren Objekt und dessen Affektivität überflutet oder vereinnahmt zu werden. Aus diesen Gründen versucht die Borderline- Persönlichkeit eine gewisse Distanz aufrechtzuerhalten, wobei in den meisten Fällen ein abrupter Rückzug aus der Beziehung erfolgt.

Kernberg (1975) berichtet über Borderline- Patienten die eine Flachheit gegenüber zwischenmenschlichen Beziehungen aufweisen. Das heißt, die Beziehung zu ihren Arbeitskollegen oder Freunden ist eher oberflächlich oder langweilig aufgebaut. Sie erscheinen für Außenstehende oder Menschen, mit denen sie in Kontakt sind, sehr unumgänglich und einfach zu sein. Allerdings versteckt sich hinter dieser Fassade jedoch ein Unterlegenheits- und Unsicherheitsgefühl. Diese Art der fassadenhaften distanzierten Beziehungsgestaltung schützt diese Patienten davor, emotionale Beziehungen einzugehen, um nicht in ein emotionales Chaos zu stürzen bzw. gestürzt zu werden. Dieses Chaos kann durch die Angst vor Enttäuschung oder die Angst vor der Nähe, die sich aus der Beziehung zu einem anderen Menschen ergibt, ausgelöst werden. Aus dem entstehenden Konflikt, der sich aus Identifikationshunger und der Angst vor Identitätsverlust ergibt, berichtet ebenfalls Rohde- Dachser (2004), dass Borderline- Patienten eine Form der Abwehr aufbauen, die für die Trennung des „wahren Selbst“ und „falschen Selbst“ typisch ist (Laing, 1960, Winnicott, 1965). „Die Patienten entwickeln auf der Basis oberflächlicher Identifizierungen nach außen hin eine Fassade angepasster Verhaltensweisen, hinter der sich das „wahre Selbst“ so vollkommen verbergen kann, dass es keinen Kontakt zur Realität mehr findet (Rohde- Dachser, 2004, S. 95).“ Es folgt eine Spaltung in zwei Selbstrepräsentanzen, wobei die Wahre den Kontakt zur Realität verliert und die Falsche zum Schutz des wahren Selbst eine Fassade nach außen aufbaut. Das falsche Selbst als „äußere Fassade“ gewinnt immer mehr Raum. Als Folge setzt sich der Patient dem Zweifel aus, was von seinen nach außen Getragenen wahr oder falsch ist. Er ist damit überfordert, zu trennen was von ihm echt und was von ihm unecht ist. Durch die unzureichende Differenzierung der Selbst- und Objektvorstellungen bezieht er Urteile, Werte und Identitäten Anderer in seine eigene Identität ein, was fast schon einer Entfremdung gleicht. Denn seine ausgeführten Handlungen oder vertretenden Werte und Einstellungen können gelegentlich als nicht Ich-synton erlebt werden (Jacobson, 1959, Laing, 1960). Diese äußere Fassade kann sehr flexibel sein. Je nach äußeren Bedingungen können Borderline- Patienten diese Fassade durch abruft alter Identifizierung oder durch die Bildung neuer Identifizierung chamäleonhaft verändern. Allerdings kann diese Anapassung für die Betroffenen selbst sehr verwirrend sein aus der Leeregefühle und Depressionen resultieren. Dabei entsteht ein Gefühl etwas sein zu müssen, was man nicht ist oder sein will.

In der fehlenden Integration eines Selbstkonzeptes und der mangelnden Manifestation einer Identifizierung, sowie in der bestehenden Spaltung „guter“ und „schlechter“ Selbst-Objektimages zeigt sich auch das klinische Bild der Identitätsdiffusion (Erikson, 1959, Kernberg, 1976), welches in dem Versagen das Fremdbild mit dem Selbstbild in Verbindung zu bringen, zum Ausdruck kommt. Die Identität der Borderline- Persönlichkeit wird bestimmt von den Menschen mit denen sie Zusammen sind. Im Widerstreit, dass die Anderen den Betroffenen einer Borderline- Persönlichkeitsstörung einen Spiegel darstellen, welcher die eigene Identität bestärken und reflektieren sollte, werden sie zur Bedrohung seiner porösen Identität und der Betroffene versucht daher seine Individualität vor ihnen zu verbergen. Er wird somit gleichzeitig zur Marionette der phantasierten Vorstellung seiner Umwelt. Seine verzweifelten Bemühungen, die eigene Vorstellung seines Selbst, mit der Vorstellung die er

bei anderen darüber vermutet in Deckung zu bringen, um die inneren Spannung zu liquidieren, löst einen endlosen Zwang zur Anpassung aus.

2.2.3. Zur Pathologie der Überich Struktur:

Das Überich wird als ein normales autonomes System im Zeitraum der ödipalen Phase gebildet (Freud, 1923, Jacobson, 1964). Als Voraussetzung für eine gelungene Internalisierung realistischer elterlicher Verbote und Gebote, die eine autonome innerpsychische Verhaltensregulation bilden, die wiederum nicht von primitiven Überich-Vorläufern bestimmt wird und einen depersonifizierten Charakter enthält, ist das die Ich-Funktionen ein gewisses Reifungsniveau aufweisen muss. Besonders die Fähigkeit zur Realitätsprüfung, Sublimierung, Selbstbeobachtung und partiellen Identifizierung muss gewährleistet sein (Jacobson, 1964). Als Voraussetzung für einen normalen Einstieg in die ödipale Dreiecksituation muss auch gewährleistet sein, dass die Spaltung der konträren Selbst- Objektrepräsentanzen abgeschlossen ist. Ferner sollten liebevolle Regungen innerhalb der primären Objektbeziehung gegenüber aggressive Regungen überwiegen, damit eine vollständige normale Etablierung in die Dreiecksstruktur der ödipalen Situation gelingen kann (Rohde-Dachser, 1987, 1994). Es muss auch gewährleistet sein, dass sich das Individuum in Gegenwart eines Anderen, oder aber auch ohne diesen, als ein autonomes Wesen verstehen, mit der Fähigkeit allein zu sein – im Sinne von Winnicott (Winnicott, 1965, Konrad, 2000). Diese Fähigkeit kann nur unter der Voraussetzung der Entwicklung einer gelungenen Objektkonstanz ermöglicht werden, wodurch auch eine realistische Einschätzung anderer erfolgt.

Viele schwere Persönlichkeitsstörungen weisen allerdings eine Pathologie auf, die innerhalb eines präödipalen Zeitraums ihre Fixierung haben. D.h. ihre Fixierung liegt innerhalb des ersten und dritten Lebensjahres, wobei primitive Abwehrmechanismen und gespaltene Selbst- Objektimages noch vorzufinden sind. Das Problem, dass wir also bei der Borderline- Störung haben ist, dass die oben beschriebenen Entwicklungsbedingungen nicht gewährleistet sind. Weder die gelungene Integration der „guten“ und „schlechten“ Selbst- Objektimages, die Fähigkeit zur Objektkonstanz und Bildung reiferer Abwehrmechanismen, die die Spaltung ablösen, sind vorhanden. Anstelle eines autonomen Überichs weisen Borderline- Patienten daher sadistische Überich-Vorläufer auf, die die Qualität früher Objektbeziehungen repräsentieren (Kernberg, 1975, Rohde-Dachser, 2004). Das Überich besitzt daher nicht die Qualität einer Instanz des Gewissens, sondern eine sadistische, grausame und archaische Selbstbestrafungsinstanz kommt zum Vorschein. Segal (1989) hat darauf aufmerksam gemacht, dass das Überich meist grausamer und feindseliger ist als das reale Bild der Eltern. Dies ist bei präödipalen Störungen zurückzuführen auf die mangelnde Fähigkeit des Ichs zur Neutralisierung der aggressiven Triebimpulse. Jacobson erwähnte in diesem Zusammenhang, dass die libidinösen Regungen gegenüber den aggressiven Triebregungen immer dominieren müssen, damit ein normaler Vorgang der Neutralisierung und somit der Überich-Entwicklung gewährleistet werden kann (Jacobson, 1964). Denn nur durch die Dominanz libidinöser Regungen kann sichergestellt werden, dass das Überich seinen archaischen Charakter verliert und eine Instanz geschaffen wird, die das Individuum mit einem realistischen, gutgesinnten, hilfreichen und wohlwollenden Gewissen bestückt. Rohde-Dachser zit. nach Hartmann, der darauf hinwies, dass das Überich des Kindes nicht nur die Kritik der Eltern aufgenommen habe, sondern auch die Kritik mit der das Kind unmittelbar auf die Eltern während der präödipalen Phase reagierte spielt bei der Bildung des Überichs eine entscheidende Rolle (Rohde-Dachser, 2004, S. 108ff). So fließt die nicht neutralisierte Aggression in die Vorläufer des Überichs ein, womit das Überich das Lebensgefühl der Betroffenen einer Borderline- Persönlichkeitsstörung negativ beeinflusst.

Kernberg wies darauf hin, dass „primitive Überich-Vorläufer sadistischer Art, die sich aus verinnerlichten bösen Objektimages im Zusammenhang mit prägenitalen Konflikten gebildet haben, derart übermächtig und unerträglich sind, dass sie wieder auf äußere Objekte projiziert werden müssen, die dadurch ihrerseits zu bösen Objekten werden (Kernberg, 1975, S. 57).“ Auch hier übernimmt die Projektion für die Borderline-Persönlichkeit eine vitale Bedeutung, die das Ich vor innerpsychischen Spannung und einer potenziellen Auflösung schützt.

Das gleiche Schicksal des Überichs erfasst auch das Ichideal, welches einen Teil des Überichs darstellt. Freud betrachtete das Ichideal als eine Form des in der Kindheit verloren gegangenen Narzißmus, der in der Zukunft wiedererlebt werden soll (Freud, 1914). Normalerweise dient das Ichideal dazu, dass unser Selbstgefühl und unsere Selbstregulation eine kontinuierliche positive Auslegung impliziert. Es garantiert so zu sagen die Aufrechterhaltung unseres narzißtischen Gleichgewichts im späteren Leben (Kohut, 1971). Das bedeutet unter anderem, dass wir bei Erfahrungen der Enttäuschung und Frustration fähig sind, uns aufgrund von positiven verinnerlichter vergangenen Erfahrungen selbst positiv zu regulieren. Bei der Borderline-Persönlichkeit etabliert sich allerdings die überidealisierte Objektrepräsentanz als ein Teil des Überichs, den wir Ichideal nennen. Borderline-Patienten weisen ein Ichideal auf, welches einen unrealistischen Anspruch an das Ich stellt, der niemals erreicht werden kann. Der verloren gegangene Narzißmus aus der Vergangenheit kann nur dann erreicht werden oder aufrechterhalten werden, wenn ein Objekt zur Verfügung steht (oder geschaffen wird), welches dem Individuum die unendliche narzißtische Befriedigung verspricht. In diesem Kontext schreibt Chasseguet-Smirgel „Was uns vorantreibt, ist die Sehnsucht nach unserer verklärten Vergangenheit (nach der Zeit, in der wir uns selbst unser Ideal waren) (Chasseguet-Smirgel, 1975, S. 34). Rohde-Dachser bezeichnete die Qualität des Ichideals bei der Borderline-Persönlichkeit als eine Suche nach einem verlorengegangenen Objekt aus der Vergangenheit, welches gleichbedeutend dem Individuum die Möglichkeit und das Recht nach dem Leben verspricht (Rohde-Dachser, 2004). Bei der Borderline-Störung können wir solch ein erhofftes Objekt zwischen den infantilen Phasen der Symbiose und der Separation/ Individuation vorfinden (Mahler, 1968). Allerdings dominierten Phasen der Trennung und Frustration diesen Zeitraum, womit eine vollständige und erfolgreiche Internalisierung und Identifizierung mit diesem Objekt nicht stattfinden konnte. Borderline-Patienten suchen daher permanent nach einem Objekt, welches ihnen die narzißtische Besetzung ermöglichen kann. Dieses Objekt repräsentiert ein Objekt, das sie in der Vergangenheit für die narzißtische Besetzung ihres Selbst gebraucht hätten – aber nie bekamen und gegenwärtig zur Aufrechterhaltung ihres narzißtischen Gleichgewichts brauchen. Somit wird durch den Einfluss des Ichideals ein Prozess inszeniert, der ins Unaufhörliche weitergeht und weitergehen wird und das ehemalige Drama wiederholt. Die Suche nach dem verlorenen gegangenen Objekt aus der Vergangenheit beherrscht das Leben der Betroffenen im weitesten Maße. Innerhalb dieses Prozesses nehmen Phasen der Hoffnung und Phasen der Enttäuschung ihren Raum ein. In diesem Zusammenhang schreibt auch Albert Camus: „Die Sehnsucht nach Einheit, das Verlangen nach Absoluten enthüllt die wesentliche Triebkraft des menschlichen Dramas (Camus, 1965, S. 28).“

2.3. Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene.

Der Begriff der Übertragung hat aus der Perspektive seiner historischen Entwicklung, eine Vielfalt an unterschiedlichen Definitionen und Bedeutungen erfahren. Die unterschiedlichen Schulen der Psychoanalyse weisen der Übertragung verschiedene Bedeutungen zu und unterschiedliche Aspekte wurden von ihnen akzentuiert (siehe dazu Sandler, Dare, & Holder, 1971, S. 49ff).

Zusammenfassend kann man dennoch sagen, dass das Verständnis der Übertragung ein Kernstück der Analyse und des psychotherapeutischen Prozesses bildet und zum Verständnis zwischenmenschlicher Beziehungen einen nutzbringenden Beitrag leistet. Kernberg bspw. ist der Meinung, dass die Übertragung des Patienten und die Gegenübertragungsreaktionen des Analytikers, neben den verbalen und nonverbalen Mitteilungen des Patienten, wichtige Informationsquellen bilden, die den Analytiker Aufschluss über die früh internalisierten Objektbeziehungen des Patienten geben können (Kernberg, 2006). Desweiterin geben die Übertragung und Gegenübertragung innerhalb des diagnostischen Prozesses, Hinweise über eine mögliche Persönlichkeitsorganisation bzw. eine spezifische Persönlichkeitsstörung des Patienten.

Aufgrund der Vielfalt der verschiedenen Auffassung und Kontroversen, der den Begriffen Übertragung und Gegenübertragungen zukommt, halte ich es für sinnvoll für die Darstellung des Themas Übertragung und Gegenübertragungsreaktionen bei der Borderline-Persönlichkeit vorab eine grobe Definition für beide genannten Prozesse abzugeben. Als Übertragung bezeichne ich einen Prozess von Seiten des Patienten, indem internalisierte Objektbeziehungen in der Beziehung zwischen Analytiker und Patient reaktiviert (wiedererlebt) werden. Als Gegenübertragungsreaktionen bezeichne ich alle unbewussten und bewussten Reaktionen des Analytikers, die sowohl als Reaktionen auf die Übertragung entstehen und auch die Bedürfnisse und neurotischen Konflikte des Analytikers umfassen.

Bei Borderline- Patienten kommt es bei der Übertragung zu einer Aktivierung der sehr frühen konflikthafter Objektbeziehungen, die verschiedene voneinander dissoziierte Ichzustände zugehören (Kernberg, 1975, S. 97ff). Jeder dieser beiden Ichzustände repräsentiert eine hochentwickelte Übertragungsregression innerhalb derer, eine spezifische internalisierte Objektrepräsentanz aktiviert wird. In der Beziehung zu diesen Patienten drückt sich die Übertragung so aus, dass der Analytiker zu einem „guten“, „idealen“ und „allmächtigen“ Objekt erhoben wird, welches den Patienten vor der schrecklichen Welt beschützt. Um das innerpsychische Gleichgewicht aufrechtzuerhalten und das idealisierte Objekt vor der eigenen Aggression zu schützen ist es zweckmäßig, dass eine dritte Person außerhalb der Behandlung die Rolle eines schlechten Objektes übernimmt, auf dessen die Aggression projiziert wird. In einer anderen Sitzung kann wiederum der zuvor idealisierte Analytiker abgewertet und zum Verfolger werden, wobei der Patient sich manchmal sogar von ihm physisch bedroht fühlt. Charakteristisch für die Übertragung bei Borderline- Patienten ist des Weiteren, dass die Aufmerksamkeit von der realen äußeren Welt abgezogen und auf die innere Welt des Patienten verlagert wird. Diese Verschiebung wird vor allem durch den Abwehrmechanismus der projektiven Identifizierung bestimmt. Hierbei kommt es vor, dass der Analytiker nicht als eine eigene Person wahrgenommen wird. D.h. der Analytiker wird nicht als ein getrenntes Objekt mit eigenen mentalen Zuständen wahrgenommen, sondern er übernimmt die Rolle einer Elternfigur des Patienten. Dabei kann die Grenze zwischen Selbst und Objekt im Rahmen der projektiven Identifizierung in einander verschwimmen (Rosenfeld,

1987). Der Patient reagiert dann auf den Analytiker nicht, als ob er nur die Charaktereigenschaften eines seiner Elternteile besitze, sondern er reagiert, als ob der Analytiker wirklich eines dieser Elternteile wäre (Rohde-Dachser, 2004).

Diese ambivalente Beziehungsgestaltung zwischen Analytiker und Patient ergibt sich aus den charakteristischen Ängsten, Abwehrmechanismen und internalisierten Objektbeziehungen der Borderline- Persönlichkeit, die in den vorherigen Abschnitten beschrieben wurden. Auf der einen Seite übernimmt der Analytiker die Rolle eines „guten“ lebenswichtigen Objektes, welches dem Patienten das psychische und physische Überleben garantiert. Der Patient versucht mit Hilfe spezifischer Verhaltensweisen, Hervorhebung seiner Hilflosigkeit, Bewunderung des Analytikers oder appellierten Wünschen eine symbiotische Beziehung zu ihm aufzubauen. Auf der anderen Seite besteht allerdings die Angst, von diesem überidealisierten Objekt vereinnahmt oder enttäuscht zu werden. Der Verlust des Analytikers kann als ein Verlust der eigenen Identität und des eigenen Selbst erlebt werden. Treten innerhalb der Beziehung Anzeichen auf, die auf einen bevorstehenden Verlust hinweisen (bspw. Forderungen, Zurückweisung des Analytikers oder der Analytiker berichtet das er in den Urlaub geht) können diese als feindselig erlebt werden und zum Schutz der eigenen Aggression bzw. zur Abwehr der resultierenden Angst, wird der Analytiker abgewertet und verband.

Diese spezifischen Übertragungsreaktionen des Patienten lösen natürlich auch bestimmte Gefühlsreaktionen, die bewusst oder unbewusst vom Analytiker erlebt werden, aus. Desweiterin werden diese unbewussten oder bewussten Gefühlsreaktionen natürlich auch durch die eigenen neurotischen Konflikte des Analytikers geprägt und verstärkt. Rohde-Dachser hat im Rahmen der Gegenübertragungsreaktion, die bei der Behandlung der Borderline- Störung auftreten können, die Reaktionen des Analytikers zusammengefasst.

1. die aggressiven Gegenübertragungsreaktionen auf den Patienten;
 2. die Degradierung des Patienten und der Versuch, ihn „abzuschieben“;
 3. die masochistische Unterwerfung unter den Patienten;
 4. die Angst des Analytikers vor dem eigenen Identitätsverlust
 5. die Reaktivierung früher, konfliktgeladener Beziehungen im Analytiker.
- (Rohde-Dachser, 2004, S. 147ff.)

Bei den Gegenübertragungsreaktionen handelt es sich meist um eine Duplikatur der Borderline- Abwehr, die nun auch beim Analytiker anzutreffen ist. In Phasen, in denen der Analytiker von seinem Patienten abgewertet wird, wobei er zuvor hoch idealisiert wurde, treten in ihm dann selbst Gefühle der Ohnmacht, Machtlosigkeit und Hilflosigkeit auf. Analog zur Borderline- Aggression entwickelt der Analytiker, zur Abwehr der Depression, selbst aggressive Gefühle gegenüber seinen Patienten. Ist der Analytiker nicht fähig zu unterscheiden welche Gefühle von ihm selbst sind oder durch die Übertragungen des Patienten ausgelöst wurden, kann es passieren, dass die optimale emotionale und empathische Haltung gegenüber dem Patienten stark deformiert wird. Weiterhin ist es typisch, dass es zum Agieren aggressiver Gegenübertragungen von Seiten des Analytikers kommt, die unter dem Schleier pädagogischer Sanktionen, Ratschlägen, Maßnahmen oder Verboten zum Ausdruck kommen. Ebenfalls kommt es vor, dass der Analytiker oder Therapeut im Rahmen der Borderline- Abwehr abgewertet wird. Im Rahmen der Abwertung wird es dem Patienten möglich, die Abhängigkeit gegenüber dem Analytiker zu verleugnen, womit letzten Endes eine Verlassenheitsdepression oder die Projektion der Aggression

vermieden wird. Hierbei kann es passieren, dass der Therapeut oder Analytiker dazu neigt den Patienten zu degradieren. Das heißt, er kann seinen Patienten selbst abwerten in dem er bspw. eine erfolgreiche Behandlung anzweifelt oder aber den Patienten insgeheim als nicht behandelbar einstuft. Hier wird deutlich, dass eine Borderline- Therapie selbst an dem moralischen Kern des Therapeuten rührt, wobei ein psychodynamisches Verständnis in einigen Fällen nicht aufrechterhalten werden kann und die Abwertung des Patienten zur Folge wird (Rohde-Dachser, 2004). Auf der anderen Seite neigen Borderline- Patienten dazu, beim Analytiker Schuldgefühle auszulösen, in dem sie z.B. seine Ohnmacht und seine eigenen aggressiven Regungen zum Vorwurf machen. Ähnlich wie die ehemaligen Eltern das Kind durch Vorwürfe an sich festhielten und seine Autonomie nicht gewährten, wiederholen Borderline- Patienten dieses Manöver im späteren Leben – allerdings wird jetzt der Spieß umgedreht. Der Analytiker bekommt das Gefühl Erpresst zu werden bzw. den Patienten für das ehemalige Erlittene zu entschädigen. Dabei löst sich seine professionelle Identität auf und er unterwirft sich selbst auf masochistische Art und in symbiotischer Weise seinem Patienten.

Kernberg hat darauf hingewiesen, dass es in der Aktivierung der früh verinnerlichten Objektbeziehungen innerhalb der Übertragung bei schweren Persönlichkeitsstörungen passieren, dass der Analytiker unter solchen inneren Stress gerät, dass seine Persönlichkeitsstruktur und die des Patienten in einem Knoten aus Übertragung und Gegenübertragung vermengt werden (Kernberg, 1975). Bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist es daher wichtig, die Gegenübertragungsreaktionen bewusst wahrzunehmen und als Informationsquelle innerhalb der Behandlung zu benutzen. Desweiterin ist es wichtig, dass die Wahrnehmung der Gegenübertragung in Form einer Konfrontation dem Patienten zurückgespiegelt wird, damit er ein Gefühl entwickeln kann, was er im seelischen Bereichs seines Gegenübers durch seine Übertragungen und projektiven Prozesse bewirkt (Strauss, 1993). Dieses Vorgehen ermöglicht dem Patienten auch zu erfahren, wie der Analytiker mit den Konflikten innerhalb der Gegenübertragung umgeht. Ist der Analytiker fähig mit seinen Gegenübertragungen konstruktiv umzugehen, kann somit sein Patienten sich in gewisser Weise mit den Selbstrepräsentanzen des Analytikers identifizieren und bessere Lösungsstrategien für seine eigenen Konflikte finden (Kernberg, 2006). Außerdem ist es wichtig, dass Borderline- Patienten innerhalb der Therapie (wahrscheinlich auch zum ersten Mal) erfahren, dass ihre eigene projizierte Aggression die Zerstörung eines Objektes nicht bewirkt bzw. verursacht. Diese Erfahrung kann allerdings nur gewährleistet sein, wenn der Analytiker fähig ist, mit seinen Gegenübertragungsreaktionen klar zu kommen bzw. diese zu ertragen und die bewusste Kenntnis der Gegenübertragung für den positiven und konstruktiven therapeutischen Prozess umsetzen kann.

Kapitel 3 : Überlegungen für psychoanalytisch, therapeutisch- orientierte Interventionen und Hilfeleistungen.

Wie bereits erwähnt, sehe ich einen Wert psychoanalytischer Theorien (in dieser Arbeit verstärkt die Objektbeziehungstheorie) darin, dass wir uns als Praktiker (egal welcher Helferberufsgruppe), an diesen theoretischen Landkarten orientieren bzw. reflektieren können. Sie bieten uns die Möglichkeit, gewisse Phänomene, mit denen wir in der Praxis konfrontiert werden und die uns manchmal so absurd oder abstrakt vorkommen, zu beschreiben oder für uns in einem theoretisch sinnvollen Zusammenhang zu bringen. Wir können mit Hilfe der Erzählungen und Beschreibungen des emotionalen Erlebens unserer Patienten / Klienten und unserem theoretischen Wissen eine Annäherung an ihre subjektive Welt erreichen. Auch wird es uns möglich, durch die Kenntnis der spezifischen Abwehroperationen, Ängsten und internalisierten Objektbeziehungen, gewisses Handeln oder Verhalten innerhalb des zwischenmenschlichen Bereiches oder innerhalb der Begegnung mit unseren Patienten / Klienten zu deuten und in einen logischen Zusammenhang zu bringen.⁵⁸

Ich denke hier besonders an einen 16 Jahre alten Klienten (der leider von der Psychiatrie schon aufgegeben wurde), den ich erst vor kurzem innerhalb meiner ehrenamtlichen Tätigkeit in einem Wohnheim für psychisch kranke Menschen betreue. Anhand seiner Erzählungen und Beschreibungen habe ich das Gefühl bekommen, als wäre seine innere Objektwelt voll von schlechten, bedrohlichen und grausamen internalisierten Objekten gekennzeichnet. Diese determinierten gleichzeitig auch seine eigene Vorstellung von sich selbst.⁵⁹ Seine Wahrnehmung von anderen Personen ist gefärbt dadurch, dass er ihnen schlechte Motive zuschreibt. Er fühlt sich von ihnen ständig bedroht bzw. er ist überzeugt davon, dass sie über ihn in seiner Gegenwart schlecht denken. Wenn ich mit ihm über die Wahrnehmung anderer Personen gesprochen habe, so beschuldigte er bspw. seine Mietbewohner, dass er sich immer von ihnen „verarscht“ fühlte. Auf die Frage woran er diese Überzeugung bestätigt sieht, schien er manchmal keine Antwort zu wissen oder seine Argumentation bezog sich auf eine andere Sache. Manchmal argumentierte er, dass seine Mietbewohner ihm böse Blicke zuwarfen oder aber sie haben ihm etwas von seinem Besitz geklaut. Allerdings fand sich in allen Fällen der vermeintlich geklaute Besitz innerhalb seines Zimmers jedes Mal wieder (welches ständig abgeschlossen war). Desweiterin bezog sich sein Groll gegen seine Mietbewohner darauf, da sie alle starke Raucher sind. Allerdings erschien mir diese Aussage sehr widersprüchlich, weil er selbst Nikotinabhängig ist und dem Griff zur Zigarette regelmäßig nachging. Charakteristisch ist ebenfalls, dass eine Objektkonstanz noch nicht voll entwickelt wurde. Dies wurde daran deutlich, da der Klient sein inneres Erleben häufig auch auf andere richtet, die entsprechend seiner Wahrnehmung mit seinen eigenen Gefühlszuständen gleichkommen. Er hatte das Gefühl, dass einer seiner Mietbewohner schlecht über ihn denkt. Dies war für ihn auch die Realität, ohne dass er sich vergewissern brauchte. Dies trat vor allem im Rahmen der projektiven Identifizierung und der

⁵⁸ An dieser Stelle möchte ich allerdings darauf hinweisen, dass unsere konstruierten logischen Zusammenhänge, Annahmen, Deutungen oder Vermutungen über intrapsychische Prozesse oder spezifisches Handeln immer mit Hilfe des Patienten / Klienten beschlossen werden und mit diesem auf richtig oder falsch überprüft werden sollten.

⁵⁹ Innerhalb dieses Falles haben mir vor allem Melanie Klein's (1946, 1960), Fairbeinr's (1943) und Rosenfeld's (1987) Arbeiten zur projektiven Identifizierung weitergeholfen.

Projektion aggressiver Triebimpulse. Es kam sehr oft vor, dass er androhte, irgendwann „Auszurasten“ bzw. drohte damit, sich an die Anderen zu rächen. Diese Androhungen realisierten sich auch, allerdings wurden dabei zum Glück keine Personen verletzt, sondern die gesamte Wut richtete er an sein eigenes Mobiliar oder aber gegen sich selbst. Innerhalb der Begegnung mit diesem Klienten kam es zwar häufig vor, dass er sehr stark frustriert oder verärgert war. Allerdings schien es mir, dass sich seine Wut innerhalb seiner „Ausraster“ nicht in einem langsamen kontinuierlichen Prozess aufbaute, sondern eher war sie durch ein impulsives affektartiges Auftreten gekennzeichnet. Die Ursachen waren meist kurz vorher erlebte Erlebnisse von Ablehnung, Zurückweisung oder aber sie resultierten aus dem Erleben von Minderwertigkeit (bspw. in Situationen in denen er an seinen eigenen kognitiven Fähigkeiten scheiterte). Wenn er dann seine gesamte Frustration und Wut explosionsartig raus gelassen hatte, trat in der Regel eine Phase der physischen Erschöpfung ein. Desweiterin war es in dieser Phase typisch, dass Gefühle der Verzweiflung, Angst oder Traurigkeit in ihm aufkamen. Durch die zuvor auftretende Aggression und den damit verbundenen Schaden entsprang auch der Hass gegen sich selbst.

Innerhalb unserer gemeinsamen Gespräche, die häufig in einem sehr ruhigen Rahmen abliefen, führte mich seine Fremdwahrnehmung und Wut auf andere Personen, selbst in einen moralischen Konflikt. Ich empfand seine Wut immer als etwas sehr willkürlich Auftretendes und auf der anderen Seite wollte ich es verstehen, warum er solch eine aggressive Einstellung gegenüber seinen Mitmenschen hatte. Dies wurde mir allerdings nicht einfach gemacht, da seine Argumentation für mich ziemlich weit hergeholt oder widersprüchlich erschienen. Aufgrund einer in diesem Zusammenhang in mir aufkommenden „Genervtheit“, konfrontierte ich ihn dann mit seinen Widersprüchlichkeiten innerhalb seiner Aussagen. Das Resultat war allerdings, dass er immer weiter nach Argumentationen suchte, die seine Wahrnehmung und seine Überzeugung bestätigte. Es war also sinnlos gegen seine Überzeugungen zu argumentieren. In einem späteren Zeitraum wurde mir allerdings klar, dass nicht seine Argumentation oder Überzeugungen mich genervt hatten, sondern meine „Genervtheit“ stellte mehr eine Schutzvorrichtung bereit. In Wirklichkeit war ich unter der „Genervtheit“ schockiert und zwar schockiert über den willkürlichen Hass und der willkürlichen Wut, die dieser Klient innerhalb meiner Wahrnehmung nach außen projizierte. Diese Schockiertheit entstand daher, dass die moralische Einstellung, vor allem die für mich empfundene Willkür der Aggression des Klienten, mit meinem eigenen Wertesystem nicht vereinbar war.

Ich habe über diesen Klienten sehr lange nachgedacht und irgendwann kam mir dann die Vorstellung, dass die frühe Objektwelt des Klienten genauso frustrierend und willkürlich sein musste, wie ich ihn selbst wahrgenommen habe, was mir im Endeffekt den emotionalen Zugang zu diesem Klienten sehr erleichterte. Mit anderen Worten, anhand seiner Erzählungen, der Beziehung von Aktenquellen bzw. Aussagen von Mitarbeiterinnen, die mit ihm seit einem sehr langen Zeitraum zusammenarbeiteten, hat sich das von mir vermutete Bild bestätigt, dass seine früheste Vergangenheit auf Erfahrungen von Objektbeziehungen aufweist, die durch Erfahrungen willkürlicher Sanktionen, Ablehnung und Zurückweisung koloriert sind. Desweiterin weist seine Biographie auf, dass er in seiner Vergangenheit ständig Opfer von Mobbingattacken geworden ist. Ich habe mir versucht vorzustellen, wie es für ein Kind sein muss und welche Bewältigungsmechanismen es entwickeln muss, um sein eigenes Überleben innerhalb dieser Entwicklungsbedingungen zu sichern und das Auftreten der Angst und Wut zu bewältigen. Weiterhin habe ich hinterfragt, welche innere Psychodynamik entwickelt worden ist und vorhanden sein muss, damit sie zum Zweck der Herstellung des psychischen Gleichgewichtes aktiv werden kann. An dieser Stelle trat in mir ein gewisses „A-Ha Erlebnis“ auf, wobei sich auch eine Wendung innerhalb meiner

emotionalen Einstellung zu diesem Klienten veränderte. Die internalisierten Objektbeziehungen aus frühester Vergangenheit wird in der Gegenwart des Klienten immer wieder reinzeniert. Mir schien es sehr einleuchtend zu sein, dass was ich zuvor als schockierend empfand, wendete sich innerhalb meiner entstandenen Erkenntnis aus den Informationen, die ich aus den Erzählungen über das eigene psychische Erleben des Klienten gewann und innerhalb meiner Erfahrung mit diesem Klienten, zu etwas Natürlichem. Weiterhin war es für mich auffallend, dass er die Hoffnung an ein gutes Objekt noch nicht vollkommen aufgegeben hatte. Er war immer bemüht eine kontinuierliche Beziehung zu einem guten Objekt, welches ihn mit Wertschätzung und Empathie begegnete, aufzubauen und diese Beziehung über einen längeren Zeitraum trotz auftretender Enttäuschungen und Frustrationen aufrechtzuerhalten. Ich denke daher, dass sich aus dieser Kenntnis innerhalb der Beziehung zu diesem Klienten und neben seinem sehr jungen Alter, ein unwahrscheinliches Repertoire an Ressourcen herauskristallisiert.

Ich habe dieses Fallbeispiel gewählt, um zu verdeutlichen, wie theoretische Konzepte innerhalb der praktischen Arbeit Verwendung finden können. Es ist mir natürlich nicht gelungen und war auch nicht mein Ziel dem Leser einen kompletten Überblick des Fallbeispiels zu ermöglichen. Der Fall beinhaltet natürlich noch wesentliche Rahmenbedingungen und weitere Aspekte die der Leser bei einer Bewertung dieses Falles mit berücksichtigen sollte. Diese würden natürlich einen sehr weiten Umfang dieser Arbeit beanspruchen, den ich nicht nachgehen möchte. Lediglich habe ich dieses Beispiel aufgeführt um den Leser zu verdeutlichen, wie theoretisches Wissen innerhalb der Praxis einen positiven Einfluss innerhalb der Begegnung mit einem Klienten ausüben kann.

Ein weiterer Aspekt der Verwendung theoretischen Wissens innerhalb der Praxis ist natürlich auch, dass wir aus der Kenntnis der verinnerlichten Objektbeziehungen Handlungen, Einstellungen oder Maßnahmen ableiten können, die für den Klienten / Patienten eine neue Erfahrung innerhalb des zwischenmenschlichen Bereiches bereitstellt. Im Sinne nach Anne Marie Sandler: „Mit wachsender Kenntnis des kindlichen Erlebens und seiner Folgen für die Entwicklung der Anpassungsmechanismen, die Herausbildung neuer Lösungsstrategien, für die phantasierten wie die realen Beziehungen des Subjekts zu sich selbst und zu seinem Objekt, steigt unsere Fähigkeit, dem Wirken der Vergangenheit in der Gegenwart auf die Spur zu kommen und vielleicht durch eine Deutung „des Kindes“ im Erwachsenen eine Änderung einzuleiten (Sandler A, 1981, S. 309).“ Daher ist es meiner Meinung nach als Helfer wichtig, Klienten bei dem Erleben von intensiven Gefühlen zu begleiten bzw. ihnen eine emotionale Verfügbarkeit bereit zu stellen. Damit meine ich, dass man in Beziehung zu diesem Klienten bemüht sein sollte, ihm positive Erfahrungen durch das Erleben von Empathie zu ermöglichen, die er dann auch verinnerlichen kann. Auch hier kann ein fundiertes theoretisches Wissen sehr hilfreich sein.

Was die Empathie anbelangt, so war Kohut einer der Ersten, der die Empathie für den psychoanalytischen Prozess und der Erkenntnis der Gefühle, Wünsche und Gedanken einer anderen Person hervorhob (Kohut, 1971). Empathie bedeutet dabei so viel wie, sich in die Introspektion anderer hin einzufühlen. Dabei setzt natürlich Empathie die Fähigkeit zur eigenen Introspektion voraus. Jaenicke beschrieb wie die Erfahrung von Empathie eine klinische Wirkung erzeugen kann, nämlich „durch die Reflexion des manifesten Inhalts, der Produktion des Patienten, durch eine andere Person, ermöglicht, es ihm, sich mit dem, was er fühlt u. denkt, zu identifizieren u. zwar häufig zum ersten Mal in seinem Leben (leicht verändertes Zitat durch mich, Jaenicke, 2006, S. 54).“ Dieses Erleben übt nach einem längeren Verlauf einen unwahrscheinlichen positiven Einfluss auf das Selbstgefühl des Patienten / Klienten aus. Desweiteren kann er sich mit seinen eigenen intensiven Gefühlen, vorausgesetzt die Affektabstimmung zwischen der spiegelnden Person und des Klienten /

Patienten ist kongruent, besser auseinandersetzen. Wobei ein Beitrag für die Entwicklung eines kohäsiven Selbst (im Sinne der Selbstpsychologie) ermöglicht werden kann. Hierbei ist es wichtig zu wissen, dass sich solche Erfahrungen nicht nur über die Sprache vermitteln lassen, sondern es spielen vor allem authentische Emotionen, die innerhalb der Spiegelung und Beziehung zu diesem Menschen zutage treten, eine viel wichtigere Rolle. Weitere Interventionen sollten sich danach richten, dem Klienten positive Erfahrung auch innerhalb anderer Beziehungen zu ermöglichen.

Im Hinblick auf die Borderline- Persönlichkeitsstörung scheinen charakteristische destruktive Verhaltensweisen dieser Klienten- / Patientengruppe unter einem psychoanalytischen-objektbeziehungstheoretischen Blickwinkel ziemlich „logisch“ zu sein. Damit meine ich, es wird einem als Helfer klar, dass die destruktiven Verhaltensweisen, Handlungen oder spezifische diffuse Reaktionen dieser Klienten- / Patientengruppe einer inneren Dynamik angehören, die für die Betroffenen fast schon überlebenswichtig geworden ist. Die Kenntnis dieser Psychodynamik (damit meine ich die Reaktivierung früher Objektbeziehungen oder Aktivierung spezifischer Abwehrmechanismen innerhalb einer zwischenmenschlicher Beziehungen) halte ich für die Gestaltung eines angemessenen Umgangs, Beziehungsgestaltung und Aufrechterhaltung der Empathie und Wertschätzung gegenüber dieser Klienten- / Patientengruppe für sehr wichtig. Diese Theorien können uns eine konstruktive und Empathische Begegnung mit unseren Patienten / Klienten ermöglichen. Voraussetzung dafür ist es, dass wir bemüht sind, uns ständig selbst einer kritischen Reflexion zu unterziehen. In diesem Zusammenhang haben Orange et. al. bspw. darauf hingewiesen, dass theoretische Konzepte auf der einen Seite das Verständnis der subjektiven Welt des Patienten verbessern und den Verlauf des analytischen Prozesses positiv gestalten können. Auf der anderen Seite können theoretische Konzepte allerdings auch Grenzen setzen und den Verlauf des Analytischen Prozesses behindern (Orange, Atwood, & Stolorow, 1997). An dieser Stelle sehe z.B. die Zuschreibung, dass Borderline-Patienten dazu neigen ihre Umwelt zu manipulieren als eine Einstellung, die eine konstruktive Begegnung mit diesen Klienten / Patienten verhindern können. Anhand der Erkenntnisse der spezifischen Abwehrmechanismen, die bei der Borderline- Persönlichkeit auftreten, kann man natürlich eine Tendenz finden, dass diese Klienten / Patientengruppe dazu neigen, die Außenwelt so zu verändern und zu kontrollieren, dass sie den innerpsychischen Konflikt entspricht. Sicherlich ist dieses Wissen nutzbringend, allerdings kann es den Praktikern auch ermöglichen ihre Frustrationen und auftretenden Gegenübertragungen unter dem Labeling einer manipulativ tendierenden Klienten- / Patientengruppe zu verschleiern. Diese Einstellung verhindert, dass Gegenübertragungsreaktionen nicht bewusst wahrgenommen und für konstruktive Zwecke verwendet werden. Es wird auch nicht hinterfragt, warum die spezifischen Übertragungen innerhalb der Beziehung zu diesem Klienten / Patienten sich ereignen. Desweiteren ist es wichtig zu verstehen, dass sich Übertragungreaktionen nicht innerhalb eines isolierten Rahmens ereignen, sondern immer innerhalb eines intersubjektiven Feldes zwischen zwei Menschen. Daraus resultiert, dass der Praktiker beurteilen muss, wie er selbst das intersubjektive Feld gestaltet, das aus ihm und dem Klient besteht. Aus dieser Erkenntnis kann er eine Beziehung gestalten die dem Klienten einen konstruktiveren Verlauf an Erfahrungen übermittelt. Ich denke es ist wichtig, dass der Angehörige einer Helferberufsgruppe ein Gefühl dafür entwickelt, wann und warum er dazu neigt Gegenübertragungsreaktionen zu entwickeln. Jeder sollte sich dabei selbst auch stets innerhalb seines eigenen entwicklungshistorischen Kontext betrachten. Helferberufstätige sollten sich darüber bewusst sein, welche frühen Erfahrungen einen selbst innerhalb der Bewertung und Beurteilung zwischenmenschlicher Beziehungen beeinflusst haben und

gegenwärtig immer noch beeinflussen. Ebenfalls ist es wichtig, dem Patienten / Klienten seine eigenen Gegenübertragungsreaktionen, die sich im Rahmen der Übertragung entwickeln, dann auch in einem angemessenen Rahmen mitzuteilen.⁶⁰ Eine weitere Gefahr besteht darin, dass Praktiker dazu neigen, mit Hilfe psychoanalytisch orientierter Theorien, ihre eigenen kranken Anteile, die innerhalb der Begegnung mit psychisch kranken Menschen zum Ausdruck kommen, hinter einem einseitigen theoretischen Erklärungsversuch zu verstecken. Mit anderen Worten, der Klient / Patient kann insgeheim für die eigenen kranken Anteile des „Profis“, die innerhalb der Beziehung zum Ausdruck kommen können, verantwortlich gemacht werden.

Ich habe versucht, im bisherigen Verlauf dieses Kapitels dem Leser einige meiner Grundannahmen bezüglich der Verwendung metapsychologischem Wissens und dessen Einsatz innerhalb der Praxis mit Hilfe eines Fallbeispiels zu verdeutlichen. Im weiteren Verlauf möchte ich dem Leser einige Überlegungen vorstellen, die innerhalb eines metapsychologischen und objektbeziehungstheoretischen Bezugsrahmens formuliert und zustande gekommen sind. Ich habe diese Überlegungen daher psychoanalytisch, therapeutisch- orientierte Intervention und Hilfeleistung genannt. Diese interventionale psychoanalytisch, therapeutisch- orientierte Überlegungen beziehen sich speziell auf die Begegnung und Hilfeleistung bei Betroffenen einer Borderline- Persönlichkeitsstörung und kann bspw. im Rahmen sozialpsychiatrischer Institutionen durchgeführt werden. Ich habe diese Überlegungen vor allem auf die sozialpsychiatrische Landschaft bezogen, weil unter anderem der Einfluss der Sozialpsychiatrie innerhalb Deutschlands die Entwicklung von Institutionen hervorgebracht hat (z.B. ambulante Trainingswohnungen nach einem Klientenaufenthalt, Wohnheime oder Tagesstätten), die ein ideales Hilfenetzwerk für Betroffene einer Borderline- Persönlichkeitsstörung, die wiederum auf eine alternative Hilfeleistung auf Grund von unterschiedlichen Anlässen und individuellen Schicksalen nicht ansprechen, ermöglicht. Das Netzwerk der Sozialpsychiatrie kann es Borderline- Patienten ermöglichen einen Erfahrungsschatz zu erleben, der 1. durch die Installation von Strukturen und Versorgungsleistungen dem Klienten Sicherheit, das Erleben von Zuverlässigkeit und einen guten Rahmen für die Genesung ermöglichen; 2. ermöglicht dieser Rahmen für den Betroffenen die Möglichkeit, sich mit seinem Krankheitsbild durch professionelle Unterstützung und Begeleitung zu beschäftigen und 3. kann es dem Betroffenen ermöglicht werden, innerhalb dieses Rahmens korrigierende zwischenmenschliche Erfahrungen zu sammeln, die er dann auf andere zwischenmenschliche Beziehungen übertragen kann. Desweiteren sind diese interventionalen Überlegungen beeinflusst, aufgrund meiner eigenen praktischen Tätigkeit und Erfahrung mit Borderline- Klienten, die ich innerhalb eines sozialpsychiatrischen Trägers gesammelt habe. Es ist mir ebenfalls aufgefallen, dass innerhalb der sozialpsychiatrischen Praxis das Klientel, welches unter einer Borderline- Persönlichkeitsstörung leidet, in den letzten Jahren zugenommen hat und der Bedarf an Interventionen und Hilfeleistungen, welche speziell auf diese Gruppe von Klienten zugeschnitten sind, stetig steigt. Weiterhin setze ich an der Sozialpsychiatrie aus, dass sie ihren Praktikern nie wirklich ein geeignetes Handwerkszeug bieten konnte, welches sie innerhalb ihrer praktischen Tätigkeit anwenden konnten. Lediglich der systemische Ansatz wurde daher innerhalb der psychosozialen Arbeit integriert und hat in weiten Bereichen eine Anwendung gefunden (siehe Haselmann, 2008). Was die Systemik angeht, so denke ich,

⁶⁰ Innerhalb meiner praktischen Tätigkeit habe ich allerdings auch Situationen erfahren, in denen ich es nicht ratsam fand, meine Gegenübertragung den Klienten / Patienten unmittelbar innerhalb der Situation mitzuteilen. In meinem beschriebenen Fallbeispiel fand ich es z.B. nicht ratsam, meine empfundene „Genervtheit“ dem Klienten in Situationen, in denen er selbst sehr aufgebracht und frustriert war, zu vermitteln.

dass sie in einigen Kontexten sicherlich sehr sinnvoll und für die Praktiker und Klienten sehr hilfreich ist. Vor allem in der Verminderung der Hospitalisierung psychisch Kranker innerhalb der psychiatrischen Versorgung. Allerdings bin ich der Auffassung, dass die systemische Arbeitsweise in einigen Kontexten wiederum nicht angebracht ist, weil sie eine Verbesserung der Symptome und Erleben der Klienten nur bedingt oder für einen kurzen Zeitraum hervorbringen kann.

Gegenwärtig besteht innerhalb der Praxis noch immer eine Kluft zwischen Psychiatrie und Psychotherapie. Dörner berichtet, dass es innerhalb der psychiatrischen Praxis selten vorkommt, dass Psychotherapie für die Patienten nutzbar gemacht wird (Dörner, Plog, Teller, & Wendt, 2009). Freyberger hat in einem Vortrag seine Forschungsergebnisse vorgestellt und konnte nachweisen, dass sozialpsychiatrische Interventionen oder die Fallarbeit (Casemanagement) so gut wie keine effektive Verbesserung hervorruft, lediglich die Anwendung und Durchführung von Psychotherapie konnte bei den Betroffenen (selbst bei Betroffenen einer schizoiden oder psychotischen Störung) eine Verbesserung ihrer Lebenslage erreichen (Freyberger, 30.03.2011). Aus dieser Erfahrung heraus macht es Sinn, dass die Sozialpsychiatrie sich mehr und mehr auch psychotherapeutische oder psychotherapeutisch orientierte Hilfeleistungen innerhalb ihrer Versorgungssysteme integriert und dass die Erfahrungsbereiche aus Psychiatrie und Psychotherapie näher zusammenrücken.

3.1. „Guter Mitarbeiter und böser Mitarbeiter.“

In dieser Arbeit habe ich mir vorgenommen, dem Leser eine Überlegung vorzustellen, die sich im Rahmen und dem Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung, die bei den Betroffenen einer Borderline- Persönlichkeitsstörung zum Ausdruck kommen können, beziehen. Im Rahmen der Übertragungen und der spezifischen Abwehrmechanismen, die bei der Borderline- Pathologie auftreten, kann es passieren, dass ein ganzes Team einer Institution (bspw. Team eines Wohnheims, Klinik oder Tagesstätte usw.) durch den Spaltungsvorgang der Borderline- Persönlichkeit sehr stark beeinflusst wird. So hat z.B. Stauss darauf hingewiesen, dass einzelne Teammitglieder Fragmente der Spaltungsstruktur und Dynamik aufgrund der auftretenden Gegenübertragungen übernehmen können. „Ist das Team nicht geschult im Umgang mit schwergestörten Patienten, d.h. ist es nicht in der Lage, die Gegenübertragung als solche zu erkennen u. zu reflektieren, dann agiert das Team den Borderline- Konflikt stellvertretend für den Patienten aus, u. es entsteht eine Spaltungsdynamik im Team (Stauss, 1993, S. 99).“

Innerhalb meiner praktischen Tätigkeit war dieses Problem immer wieder Gesprächsthema. Borderline- Klienten galten als manipulativ und sie brachten den Praktiker an seine Grenzen. Wobei in einigen Fällen für den Praktiker nur die Möglichkeit bestand, den Klienten in irgendeiner Form loszuwerden oder er wurde abgeschrieben. Aus meinen praktischen Erfahrungen heraus kann ich berichten, dass die Gegenübertragungen häufig innerhalb des Teams ausagiert wurden und zu schweren Teamkonflikten führten. Die Gegenübertragung im Helferteam habe ich bereits in einer früheren Arbeit dargestellt und zum Thema gemacht. Ich habe damals mich vor allem an die Theorie der Transaktionsanalyse orientiert. Mir geht es hier im Wesentlichen darum, einen Lösungsweg aufzuzeigen, der dazu beitragen kann, die Spaltungsdynamik aufzulösen.

Im Rahmen der spezifischen Abwehrmechanismen der Borderline- Persönlichkeit kommt es vor, dass eine bestimmte Person (oder mehrere Personen) eines Helferteams die Rolle eines „guten“ Objektes übernimmt. Dieses Objekt wird von der Borderline- Persönlichkeit stark idealisiert und Bewunderung gegenüber diesem Objekt wird geäußert. Um dieses

Objekt aufrechtzuerhalten und durch den Einfluss der Spaltung ist es für die Borderline-Persönlichkeit charakteristisch, dass die Aggression auf eine andere Person (oder mehrere Personen) projiziert wird und diese die Rolle eines „schlechten“ Objektes übernimmt. Das Helferteam übernimmt durch die Mechanismen der Spaltung, Entäußerung, Projektion, Idealisierung usw., einzelne Fragmente der Borderline- Dynamik (Stauss, 1993). Hier kann es passieren, dass es zu einem Konflikt innerhalb des Teams kommt. Es entsteht eine Polarisierung innerhalb des Teams, auf der einen Seite stehen die Mitarbeiter die den Klienten abwerten und loswerden wollen, auf der anderen stehen die Mitarbeiter, die eine scheinbar gute Beziehung zum Klienten haben und gar nicht verstehen wollen, was die anderen gegen ihn haben. Dieser Konflikt kann sich von der sachlichen Ebene sehr schnell auf die persönliche Ebene verschieben und auf einer Stufe ausgetragen werden, wobei sehr schnell ersichtlich wird, dass es gar nicht mehr wirklich um den Klienten geht, sondern die Kompetenzen gegenseitig angezweifelt werden. Desweiterin kann es passieren das der eine Mitarbeiter der die Rolle des „schlechten“ Objektes übernimmt ein Misstrauen gegenüber seinen Kollegen entwickelt, der die Rolle des „guten“ Objektes spielt. Es können sich Gedanken oder Phantasien entwickeln, die beinhalten, dass der Kollege und der Klient einen gemeinsamen „Pakt“ eingehen und gemeinsam hinter seinem Rücken agieren, wodurch erhebliche Missverständnisse auftreten können.

Um diese Entwicklung zu verhindern, könnte eine Intervention veranlasst werden, die für alle Beteiligten (einschließlich Klient) für Entlastung sorgen soll. Diese Intervention beinhaltet, eine Klärung auf metakommunikativer Ebene. Als Leitbild dient das „SET-Kommunikationssystem“, welches von beiden Betreuern angewendet wird und angewendet werden sollte (Kreisman & Straus, 1989, 2004). Es sollte ein Gespräch veranstaltet werden, wobei alle Beteiligten anwesend und gleichberechtigt sind. Das Thema sollte die Aufdeckung des „guten“ und „bösen“ Mitarbeiter im Groben bewirken oder alle Beteiligten haben die Möglichkeit ihr Konflikt innerhalb dieses Gespräches zu klären. Der gegenwertige „böse“ Mitarbeiter soll innerhalb dieses Gespräches die Möglichkeit haben, einen Einblick in die Beziehung und Interaktion zwischen dem „guten“ Mitarbeiter und dem Klienten zu gewinnen. Dabei baut sich das Misstrauen gegenüber seinem Kollegen ab. Das setzt voraus, dass es dem „bösen“ Betreuer möglich ist, seine Empathie gegenüber den Klientin aufrecht zu erhalten. Dieser Aspekt kann allerdings aufgrund seiner eigenen Frustrationen, Abwertung und Verletztheit gegenüber dem Klienten und Kollegen erheblich eingeschränkt sein. Ist es ihm möglich, seine Empathie aufrechtzuerhalten und seine Gegenübertragung bewusst wahr zu nehmen, kann er das innerpsychische Erleben und die Reaktionen des Klienten verstehen und dabei sein eigenes Verhalten/ Erleben reflektieren. Der „böse“ Mitarbeiter sollte nicht nur Gefühle von Unterstützung, Verständnis und Mitgefühl innerhalb der Interaktion vermitteln, sondern auch den Klienten auf seine eigenen Frustrationen hinweisen. Dies ermöglicht dem Klienten ein Gefühl dafür zu entwickeln, welche Auswirkung bestimmte Reaktionen auf die Umwelt haben. Im Hinblick auf den „guten“ Mitarbeiter ist es wichtig, dass dieser das Gefühl für seine Gegenübertragung und das Gefühl für eine realistische Beziehung zum Klienten aufrechterhalten kann. Dies kann gelegentlich zum Problem werden. Durch den Vorgang der Idealisierung kann es passieren, dass der Mitarbeiter eine narzisstische Besetzung erfährt und in gewisser Weise sich emotional abhängig vom Klienten fühlt. Hier ist es wichtig, dass er die Gegenübertragungen realisiert. Auch der „gute“ Mitarbeiter sollte sich an dem Verlauf des SET- Kommunikationssystem halten. Im T- Teil (Truth/ Wahrheitsteil) hat er die Möglichkeit, ein realistisches Beziehungsangebot zu seinem Klienten zu installieren. Da dies oft für den Klienten eine schmerzliche Erfahrung bereithält, ist es wichtig, den Schwerpunkt auf die ersten zwei Teile (Support und Empathy) des SET- Kommunikationssystems zu legen.

Ich habe hier, eine Interventionsform dargestellt, die im Umgang mit Betroffenen einer Borderline- Persönlichkeitsstörung in spezifischen Hilfesettings sehr hilfreich sein kann. Es wäre vielleicht sehr sinnvoll und interessant nach weiteren Interventionsformen und Möglichkeiten zu suchen, die innerhalb der Begegnung mit Betroffenen einer Borderline- Persönlichkeitsstörung sehr hilfreich sind und emotionale korrigierende Erfahrungen für die Betroffenen bereithält, statt auf Abwertung oder Sanktionen zu treffen. In dieser Version der Arbeit habe ich mich aufgrund des Umfangs auf den von mir oben beschriebenen Themenkreis beschränkt.

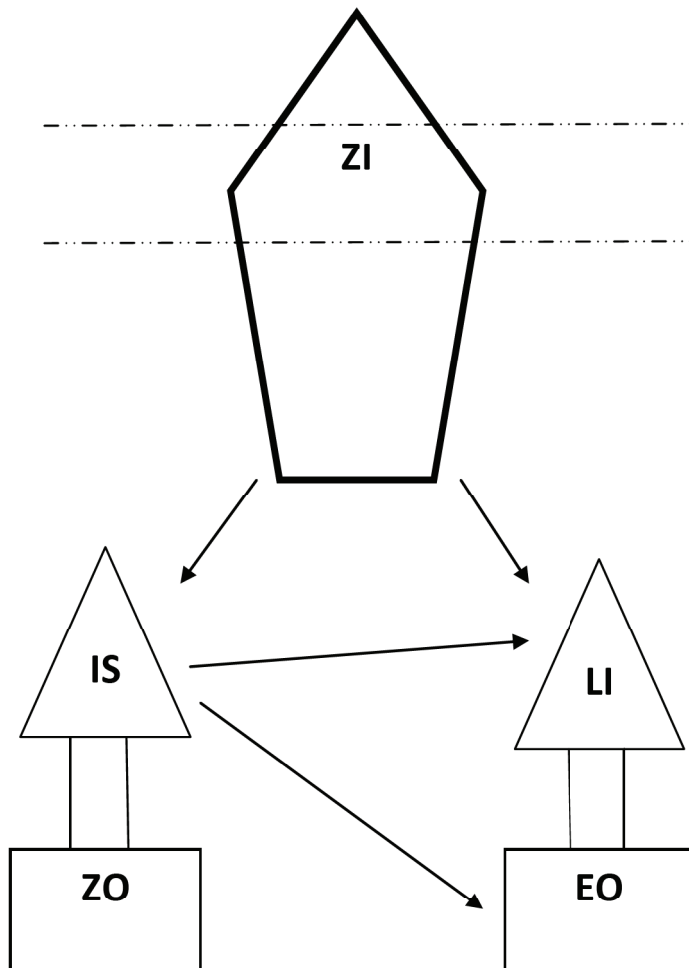
Anhang:

Anhang 1. „Die Stufen der Libidoentwicklung nach Abraham.“

<i>Organisationsstufen Der Libido:</i>	<i>Entwicklungsstufen der Objektliebe:</i>	
VI. Endgültige genitale Stufe	Objektliebe	(nach-ambivalent)
V. Frühe genitale (phallische) Stufe	Objektliebe mit Genitalausschluß	}
IV. Spätere anal-sadistische Stufe	Partielliebe	
III. Frühere anal-sadistische Stufe	Partielliebe mit Einverleibung	
II. Spätere orale (kannibalische) Stufe	Narzißmus. Totaleinverleibung des Objektes	
I. Frühere orale (Sauge-) Stufe	Autoerotismus (objektlos)	(vor-ambivalent)

Quelle: Abraham, Karl (1924b): „Anfänge und Entwicklung der Objektliebe.“, In: K. Abraham: *Psychoanalytische Studien Bd. 1.*, S. 179, Gießen, Psychosozial Verlag, 1999.

Anhang 2. „Die Endopsychische Struktur nach Fairbairn.“



ZI= zentrales Ich

Bw.

IS= innerer Saboteur

Ubw.

LI= libidinöses Ich

ZO= zurückweisendes Objekt

EO= erregendes Objekt

Bw.= bewußt

Ubw.= unbewußt

→ = libid.

Quelle: Fairbairn, W. R. D. (1944): „Darstellung der endopsychischen Struktur auf der Grundlage der Objektbeziehungspsychologie.“, In: Fairbairn, W. R. D.: Das Selbst und die inneren Objektbeziehungen, S. 138, Gießen, Psychosozial Verlag, 2007.

Anhang 3. „Die Differenzierung der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg.“

Strukturelle Kriterien	Neurotische Organisation	Borderline-Organisation	Psychotische-Organisation
	<i>Selbst- u. Objektvorstellungen sind scharf voneinander abgegrenzt.</i>		
		<i>Identitätsdiffusion: widersprüchliche Aspekte vom Selbst u. von anderen sind schwach integriert u. werden getrennt gehalten.</i>	
Identitäts-Integration	<i>Integrierte Identität: Widersprüchliche Selbst- u. Objektbilder sind in umfassende Konzepte integriert.</i>		<i>Selbst- u. Objektvorstellungen sind schwach voneinander abgegrenzt, o. es besteht eine phantasierte Identität.</i>
Abwehr-mechanismen	<i>Verdrängung u. Abwehrmechanismen höherer Ebene: Reaktionsbildung, Isolierung, Ungeschehen machen, Rationalisierung, Intelektualisierung.</i>	<i>Hauptsächlich Spaltung u. Abwehrmechanismen niederer Ebene: primitive Idealisierung, projektive Identifizierung, Leugnung, Omnipotenz, Entwertung.</i>	
	<i>Abwehrmechanismen schützen Patienten vor intrapsychischem Konflikt. Interpretation verbessern das Funktionieren.</i>		<i>Abwehrmechanismen schützen Patienten vor Desintegration u. Verschmelzung von Selbst u. Objekt. Interpretation führt zu Regression.</i>
	<i>Fähigkeit zur Realitätsprüfung ist erhalten: Differenzierung von Selbst u. Nicht Selbst sowie von intrapsychischen u. äußeren Ursprüngen der Wahrnehmung u. Reize.</i>		
		<i>Veränderung in der Beziehung zur Realität u. in Gefühlen hinsichtlich der Realität treten auf.</i>	
Realitätsprüfung	<i>Fähigkeit zur realistischen u. tiefgehenden Einschätzungen des Selbst u. anderer ist vorhanden.</i>		<i>Fähigkeit zur Realitätsprüfung ist verlorengegangen.</i>

Quelle: Kernberg, O. F. (1984): „Schwere Persönlichkeitsstörungen- Theorie, Diagnostik, Behandlungsstrategien.“, S. 38, Stuttgart, Klett-Cotta, 1996, 5. Aufl.

Anhang 4. „Das Beziehungsgefüge der Persönlichkeitsstörungen nach Kernberg.“

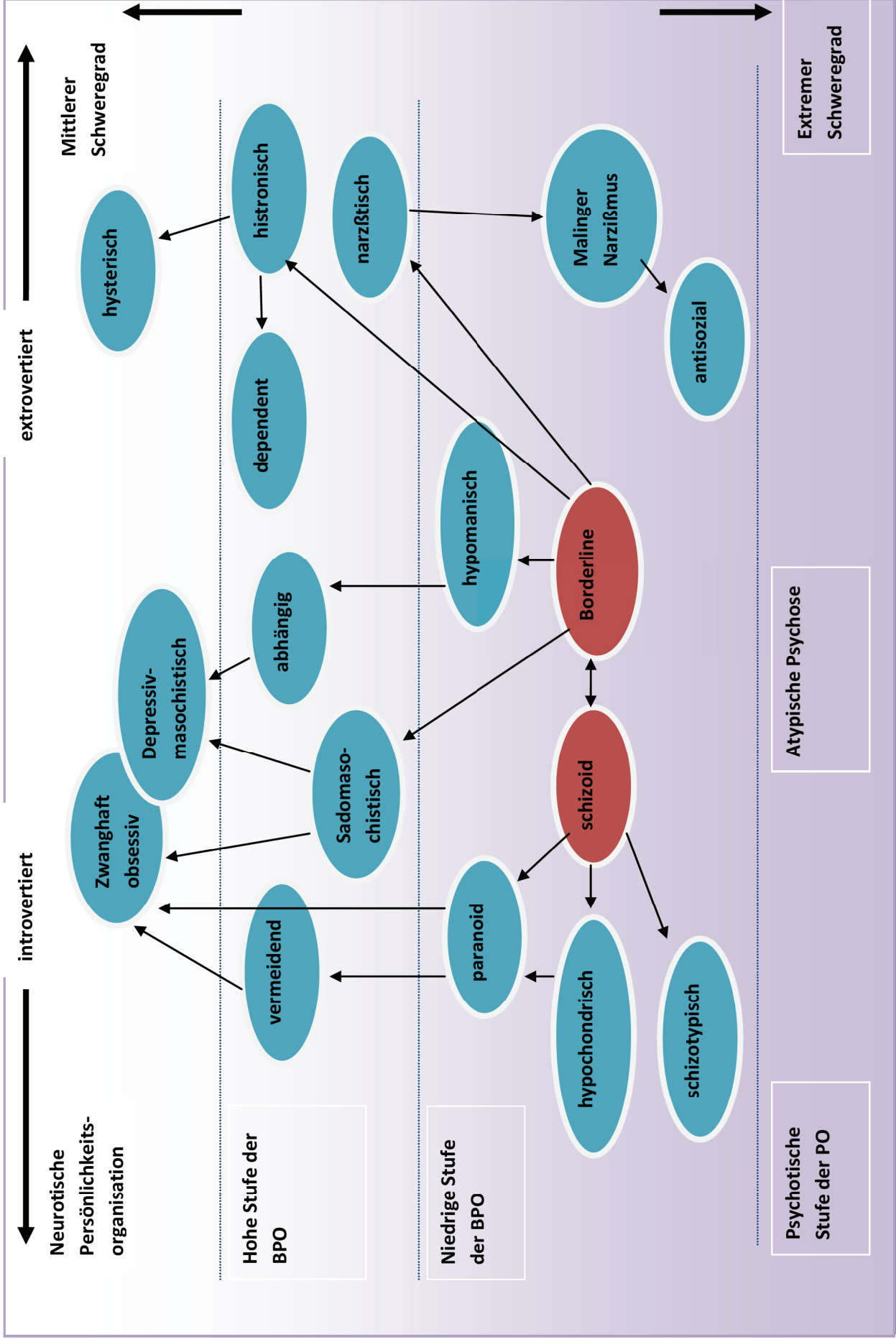
„Graphik befindet sich auf der nächsten Seite!“

Quelle: Kernberg, O. F. (2006): „Narzißmus, Agression und Selbsterstörung.“, S. 31, Stuttgart, Klett-Cotta, 2006.

Auf der folgenden Seite befindet sich eine graphische Darstellung, die den thematisierten Inhalt des Kapitel 3. Darstellen soll. Folgende Abkürzungen wurden innerhalb dieser Darstellung, auf Grund von Platzgründen verwendet:

1.) **BPO = Borderliner- Persönlichkeitsorganisation**

2.) **PO = Persönlichkeitsorganisation**



Anhang 5. „Die Subgruppen der Borderline- Störung nach Dulz (2011b).“

Untergruppen nach Symptomniveau	Spezifische Symptome
Borderline- Störung auf angsthaftem Symptomniveau:	<ul style="list-style-type: none"> • chronisch, frei flottierende u. diffuse Angst • Phantasien extremer Hilflosigkeit • Vermeidung bestimmter Aktivitäten bei Überbetonung potenzieller Gefahren alltäglicher Situationen • benötigt andere, damit diese die Verantwortung für wichtige Lebensbereiche übernehmen
Borderline- Störung auf hysterischem Symptomniveau:	<ul style="list-style-type: none"> • multiple, ausdifferenzierte o. bizarre Konversionssymptome • dissoziative Reaktionen wie Dämmerzustände, Tagträume bis hin zu multiplen Persönlichkeitszuständen • Dramatisierung, übertriebener Ausdruck von Gefühlen, aber auch affektives Vakuum, das durch Verlangen nach aufregender Spannung „gefüllt“ wird • fehlender Bezug zu andere, manipulatives Verhalten zur Befriedigung eigener Bedürfnisse • ausgeprägte Suggestibilität • selbstverletzendes Verhalten bei Dissoziation
Borderline- Störung auf (pseudo-) depressivem Symptomniveau:	<ul style="list-style-type: none"> • depressiver Affekt, zumeist im Sinne einer Depressivität als Zusatz der Objektlosigkeit mit ohnmächtiger Wut o. mit Gefühlen der Hilflosigkeit im Anschluss an den Zusammenbruch eines idealisierten Selbstbildes mit Autoaggression • deutliche Abhängigkeitswünsche • Anhedonie
Borderline- Störung auf zwanghaftem Symptomniveau:	<ul style="list-style-type: none"> • Sekundär Ich-synton gewordene Zwangssymptome von der Qualität einer überwiegenden Idee • Spannungsreduktion über Zwangshandlungen o. auch Zwangsgedanken • Frühzeitiges u. schwer veränderbares Vorausplanen • Eingeschränkte Fähigkeit zum Ausdruck warmer Gefühle
Borderline- Störung auf phobiformem Symptomniveau:	<ul style="list-style-type: none"> • multiple Phobien mit der Folge einer schwerwiegenden sozialen Beschränkung • neben Phobien bzgl. Äußerer Objekte auch Phobien bzgl. Des eigenen Körpers u. der eigenen Person u. somit Ausrichtung der Angst
Borderline- Störung auf narzißtischem Symptomniveau:	<ul style="list-style-type: none"> • innere Leere • episodischer Verlust der Impulskontrolle als Versuch der Angstreduktion vorwiegend im Zusammenhang mit realen o. subjektiv empfundenen Kränkungen • Suizidalität (als Ausdruck narzißtischer Krise) • Drogenabusus (Droge als narzißtische „Plombe“) • selbstverletzendes Verhalten (als narzißtisches Regulans) • antisoziales Verhalten • zieht Nutzen aus anderen zum Erreichen eigener Ziele • arrogante Haltung, Anspruchshaltung
Borderline- Störung	<ul style="list-style-type: none"> • psychosomatische Störung (z.B. Essstörung), sodass

auf psychosomatischem Symptomniveau:	Konflikte u. diffuse Angst nicht mehr auf emotionaler Ebene zu existieren scheinen
Borderline- Störung auf psychotischem Symptomniveau:	<ul style="list-style-type: none"> • psychotische Symptome, die zumeist (aber nicht immer) als Ich-dyston empfunden werden, wobei vor allem optische u. akustische (Pseudo-) Halluzinationen (Flashbacks) bestehen, aber auch eine paranoide Symptomatik, durch welche die diffuse Angst in eine gerichtete Angst „umgewandelt“ wird u. danach „erträglicher“ erscheint

Literaturverzeichnis:

- Abraham, K. (1924b). Anfänge und Entwicklung der Objektliebe. In K. Abraham, *Psychoanalytische Studien Bd. 1.* (S. 165-183). Gießen: Psychosozial Verlag, 1999.
- Abraham, K. (1916). Untersuchung über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido. In K. Abraham, *Psychoanalytische Studien Bd. 1.* (S. 84-112). Gießen: Psychosozial Verlag, 1999.
- Abraham, K. (1924a). Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. In K. Abraham, *Psychoanalytische Studien Bd. 1.* (S. 113-164). Gießen: Psychosozial Verlag, 1999.
- Adler, A. (1933). *Der Sinn des Lebens.* Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2004, 23. Aufl.
- Adler, A. (1927). *Menschenkenntnis.* Köln: Anaconda Verlag, 2008.
- Balint, M. (1968). *Therapeutische Aspekte der Regression- Die Theorie der Grundstörung.* Stuttgart: Klett-Cotta, 1997, 2. Aufl.
- Bauer, J. (2004). *Das Gedächtnis des Körpers- Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern.* München: Piper Verlag, 2009, 14. Aufl.
- Bergson, H. (1946). *Denken und schöpferisches Werden.* Hamburg: Europäische Verlagsanstalt, 2008.
- Berne, E. (1964). *Spiele der Erwachsenen- Psychologie der menschlichen Beziehungen.* Reinbek bei Hamburg : Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2008, 9. Aufl.
- Bianchi, R. (2006). Die schizoide Position und das Problem der Aggression. In B. F. Hensel, D. E. Scharff, & E. Vorspohl (Hrsg.), *W.R.D. Fairbairns Bedeutung für die moderne Objektbeziehungstheorie- theoretische und klinische Weiterentwicklungen* (S. 141-160). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Bion, W. R. (1963). *Elemente der Psychoanalyse.* Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1992.
- Bion, W. R. (1961). *Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften.* Stuttgart: Klett-Cotta, 2001, 3. Aufl.
- Bion, W. R. (1962). *Lernen durch Erfahrung.* Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1992.
- Blanck, G., & Blanck, R. (1974). *Angewandte Ich-Psychologie.* Stuttgart: Klett-Cotta, 1991, 5. Aufl.
- Blizard, R. A. (1997). The origins of dissociative identity disorder from an objekt relations and attachment theory perspective. In: *Dissociation. Vol. X, Nr. 4., New York* , 223-229.
- Bowlby, J. (1987). Bindung. In K. E. Grossmann, & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung- John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 22-26). Stuttgart: Klett-Cotta, 2003.
- Bowlby, J. (1988). *Bindung als sichere Basis- Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie.* München: Ernst Reinhardt Verlag, 2008.

- Bowlby, J. (1991). Ethologisches Licht auf psychoanalytische Probleme. In K. E. Grossmann, & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung- John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 55-69). Stuttgart: Klett-Cotta, 2003.
- Bowlby, J. (1980). Von der Psychoanalyse zur Evolutionären Psychologie. In K. E. Grossmann, & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung- John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 38-54). Stuttgart: Klett-Cotta, 2003.
- Brenner, C. (1971). Der psychoanalytische Begriff der Aggression. In: *Psyche, Ernst Klett, Stuttgart*, 417-432.
- Breuer, J., & Freud, S. (1895). Studien über Hysterie. In S. Freud, *Gesammelte Werke Bd. 1., Werke aus den Jahren 1892-1899* (S. 81-312). Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, 1991, 6. Aufl.
- Brisch, K. H. (Hrsg.). (2011). *Bindung und frühe Störung der Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Camus, A. (1965). *Der Mythos des Sisyphos*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2008, 10. Aufl.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1975). *Das Ichideal- Psychoanalytischer Essay über die "Krankheit der Idealität"*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1987.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1989). Perversion und das universelle Gesetz. In J. Sandler (Hrsg.), *Dimensionen der Psychoanalyse* (S. 177-190). Stuttgart: Klett-Cotta, 1994.
- Chasseguet-Smirgel, J. (1986). *Zwei Bäume im Garten - Zur psychischen Bedeutung der Vater- und Mutterbilder*. Münschen - Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1988.
- Chodorow, N. J. (1987). Der Beitrag der Frauen zur psychoanalytischen Bewegung und Theorie. In: *Psyche, Klett-Cotta, Stuttgart*, 800-831.
- Ciampi, L., Hoffmann, H., & Broccard, M. (2001). *Wie wirkt Soteria?* Bern: Verlag Hans Huber.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes Irrtum- Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. Berlin: Ullstein Buchverlag, 2010, 6. Aufl.
- Daszkowski, A. (2011). Kunsttherapie. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen- 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 813-824). Stuttgart: Schattauer, 2011, 2. Aufl.
- Doering, S. (2011). Klassifikation und Tesdiagnostik. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen- 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 303-327). Stuttgart: Schattauer, 2011, 2. Aufl.
- Dörner, K. (1975). *Diagnosen der Psychiatrie*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Dörner, K., Plog, U., Teller, C., & Wendt, F. (2009). *Irren ist menschlich- Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 4 korrigierte Aufl. .
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling- Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2009, 12. Aufl.

Dornes, M. (1997). *Die frühe Kindheit- Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2006, 8. Aufl.

Dostojewskij, F. M. (1980/1981). *Die Brüder Karamasow- Bd. 1*. Berlin und Weimar: Aufbau Verlag, 1977, 2. Aufl.

Dulz, B. (2011b). Der Formenkreis der Borderline-Störungen- Versuch einer deskriptiven Systematik auf psychoanalytischer Grundlage. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen- 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 328-343). Stuttgart: Schattauer, 2011, 2. Aufl.

Dulz, B. (2011a). Faksimilie des Originalartikels von C.H.Huges. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen- 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 3-6). Stuttgart: Schattauer, 2011, 2. Aufl.

Dulz, B., & Ramb, C. (2011). Haltende Fuktion, technische Neutralität und persönliche Sympthie in der Beziehungszentrierten Psychodynamischen Psychotherapie. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen- 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 584-609). Stuttgart: Schattauer, 2011, 2. Aufl.

Erikson, E. H. (1959). *Identität und Lebenszyklus*. Farnkfurt am Main: Suhrkamp, 1973.

Fairbairn, W. R. D. (1944). Darstellung der endopsychischen Struktur auf der Grundlage der Objektbeziehungspsychologie. In W. R. Fairbairn, *Das Selbst und die inneren Objektbeziehungen* (S. 115-184). Gießen: Psychosozial Verlag, 2007.

Fairbairn, W. R. D. (1943). Die Verdrängung und die Wiederkehr schlechter Objekte- unter besonderer Berücksichtigung der "Kriegsneurose". In W. R. Fairbairn, *Das Selbst und die inneren Objektbeziehungen* (S. 89-113). Gießen: Psychosozial Verlag, 2007.

Fairbairn, W. R. D. (1956). Eine Neubewertung bestimmter Grundkonzepte. In W. R. Fairbairn, *Das Selbst und innere Objektbeziehungen* (S. 237-249). Gießen: Psychosozial Verlag, 2007.

Fairbairn, W. R. D. (1941). Eine revidierende Psychopathologie der Psychosen und Psychoneurosen. In W. D. Fairbairn, *Das Selbst und die inneren Objektbeziehungen* (S. 57-88). Gießen: Psychosozial Verlag, 2007.

Fairbairn, W. R. D. (1946). Objektbeziehungen und dynamische Strukturen. In W. R. Fairbairn, *Das Selbst und die inneren Objektbeziehungen* (S. 89-113). Gießen: Psychosozial Verlag, 2007.

Fairbairn, W. R. D. (1940). Schizoide Persönlichkeitsfaktoren. In W. R. Fairbairn, *Das Selst und die inneren Objektbeziehungen- Eine psychoanalytische Objektbeziehungstheorie* (S. 31-56). Gießen: Psychoaosal- Verlag, 2007.

Fairbairn, W. R. D. (1951). Synopsis: Die Entwicklung der Ansichten des Autors über die Persönlichkeitsstruktur. In W. R. Fairbairn, *Das Selbst und die innere Objektbeziehung* (S. 185-203). Gießen: Psychosozial Verlag, 2007.

- Fairbairn, W. R. D. (1958). Über Wesen und Ziel der psychoanalytischen Behandlung. In W. R. Fairbairn, *Das Selbst und die inneren Objektbeziehungen* (S. 251-273). Gießen: Psychosozial Verlag, 2007.
- Fonagy, P. et. al. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2002, 3. Aufl.
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Stuttgart: Klett - Cotta, 2007, 2. Aufl.
- Freud, A. (1966). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2008, 20. Aufl.
- Freud, A. (1965). Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung. In *Die Schriften der Anna Freud. Band VIII*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag, 1985.
- Freud, S. (1940). *Abriß der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2009.
- Freud, S. (1923). Das Ich und das Es. In S. Freud, *Das Ich und das Es- Metapsychologische Schriften* (S. 151-191). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2009.
- Freud, S. (1924). Das ökonomische Problem des Masochismus. In S. Freud, *Das Ich und das Es- Metapsychologische Schriften* (S. 297-310). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2009.
- Freud, S. (1915). Das Unbewußte. In S. Freud, *Das Ich und das Es- Metapsychologische Schriften* (S. 117-154). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2009.
- Freud, S. (1938 [1940]). Die Ichspaltung im Abwehrvorgang. In S. Freud, *Das Ich und das Es- Metapsychologische Schriften* (S. 335-343). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2009.
- Freud, S. (1914). Einführung in den Narzißmus. In S. Freud, *Das Ich und das Es- Metapsychologische Schriften* (S. 49-78). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2009 .
- Freud, S. (1912). Einige Bemerkungen über den Begriff des Unbewußten in der Psychoanalyse. In S. Freud, *Das Ich und das Es- Metapsychologische Schriften* (S. 39-48). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2009.
- Freud, S. (1911). Formulierung über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. In *Das Ich und das Es- Metapsychologische Schriften* (S. 29-38). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2009.
- Freud, S. (1920). Jenseits des Lustprinzips. In S. Freud, *Das Ich und das Es- Metapsychologische Schriften* (S. 191-250). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2009.
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. In S. Freud, *Das Ich und das Es- Metapsychologische Schriften* (S. 171-190). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2009.
- Freud, S. (1915a). Triebe und Tribschicksale. In S. Freud, *Das Ich und das Es- Metapsychologische Schriften* (S. 79-102). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2009.

- Freyberger, H. J. (30. 03. 2011). Psychotherapie - ein Stiefkind der psychiatrischen Basis- und Vollversorgung. *Vortrag gehalten im Rahmen der Veranstaltung "Inovative Behandlungskonzepte in der Psychiatrie"*. Rostock, Mecklenburg Vorpommern, Deutschland: Organisator der Veranstaltung Rostocker Forum für Psychiatrie.
- Fromm, E. (1956). *Die Kunst des Liebens*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2010, 10. Aufl.
- Giertz, K. (7. März 2011). Über die eigenartige Dynamik der Wahrheit und die Wahrheit als das Instrument der Wissenschaft. *In: Mensch und Technik*. Neubrandenburg, Mecklenburg Vorpommern, Deutschland: Fachhochschule Neubrandenburg (abgelegt bei Prof. Dr. Vockrodt Scholz).
- Gillespie, W. H. (1971). Aggression und Triebtheorie. *In: Psyche, Ernst Klett, Stuttgart*, 452-462.
- Gillespie, W. H. (1989). Das Erbe Sigmund Freuds. In J. Sandler (Hrsg.), *Dimensionen der Psychoanalyse* (S. 44-61). Stuttgart: Klett-Cotta, 1994.
- Green, A. (1989). Psychoanalyse und gewohntes Denken. In J. Sandler (Hrsg.), *Dimensionen der Psychoanalyse* (S. 91-105). Stuttgart: Klett-Cotta, 1994.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen- Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2005, 2. Aufl.
- Gunderson, J. J. (2001). *Borderline- Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber, 2005.
- Hartmann, H. (1939a). Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme. *Psyche, Ernst Klett, Stuttgart, 1960*, 81-162.
- Hartmann, H. P. (2011). Narzißmus und Borderline- Persönlichkeitsstörungen. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline- Persönlichkeitsstörungen- 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 344-354). Stuttgart: Schattauer, 2011, 2. Aufl.
- Hartmann, H. (1939b). *Psychoanalyse und Gesundheitsbegriff*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1997, 2. Aufl.
- Haselmann, S. (2008). *Psychosoziale Arbeit in der Psychiatrie- systemisch oder subjektorientiert?* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Herpertz, S. C., & Saß, H. (2011). Die Borderline- Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen- 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 35-43). Stuttgart: Schattauer, 2011, 2. Aufl.
- Hinshelwood, R. D. (1996). Melanie Kleins Konzept der "Inneren Objekte" (1934-1943). *In: Psyche, Klett-Cotta, Stuttgart*, 523-547.
- Hoffmann, S. O. (2011). Angst- ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen- 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 375-383). Stuttgart: Schattauer, 2011, 2. Aufl.

- ICD-10. (1999). *Dilling H./ Freyberger H.J. (Hrsg.) "Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen"*. Bern: Verlag Hans Huber, 1993, 3. Aufl.
- Izard, C. E. (1977). *Die Emotionen des Menschen- Eine Einführung in die Grundlagen der Emotionspsychologie*. Weinheim: Beltz, Psychologie- Verl.- Union, 1994, 2. Aufl.
- Jacobson, E. (1964). *Das Selbst und die Welt der Objekte*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1978.
- Jacobson, E. (1959). Depersonalisierung. In: *Psyche, Ernst Klett, Stuttgart, 1974*, 193-220.
- Jacobson, E. (1971). *Depression- Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotischer- depressiver Zustände*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1993, 4. Aufl.
- Jacobson, E. (1947). Nosologische und theoretische Probleme der depressiven Zustände. In E. Jacobson, *Depression- Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotischer- depressiver Zustände* (S. 215-235). Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1993, 4. Aufl.
- Jacobson, E. (1954). Psychotische Identifizierung. In E. Jacobson, *Depression- Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotischer- depressiver Zustände* (S. 304-329). Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1993, 4. Aufl.
- Jacobson, E. (1967). *Psychotischer Konflikt und Realität*. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag, 1972.
- Jacobson, E. (1966). Über Unterschiede zwischen schizophren-depressiven und melancholisch-depressiven Zuständen. In E. Jacobson, *Depression- Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotischer-depressiver Zustände* (S. 330-353). Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1993, 4. Aufl.
- Jacobson, E. (1957). Verleugnung und Verdrängung. In E. Jacobson, *Depression- Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotischer- depressiver Zustände* (S. 140-178). Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1993, 4. Aufl.
- Jaenicke, C. (2006). *Das Risiko der Verbundenheit- Intersubjektivitätstheorie in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jaenicke, C. (2010). *Veränderung in der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Janus, L. (1987). Das "Trauma der Geburt"- einst und heute. *Psyche, Klett Cotta, Stuttgart*, 832-845.
- Kafka, F. (1963). *Das Schloß*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2007.
- Kant, I. (1787). *Kritik der reinen Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, Band I, 1974.
- Kaplan-Solms, K., & Solms, M. (2000). *Neuro-Psychoanalyse- Eine Einführung mit Fallstudien*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2005, 2. Aufl.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline- Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1983.

- Kernberg, O. F. (1980). *Innere Welt und äußere Realität*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1997, 3. Aufl.
- Kernberg, O. F. (1995). *Liebesbeziehungen- Normalität und Pathologie*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1998.
- Kernberg, O. F. (2006). *Narzißmus, Aggression und Selbstzerstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (1976). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1989, 4. Aufl.
- Kernberg, O. F. (1984). *Schwere Persönlichkeitsstörungen- Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1996, 5. Aufl.
- Kernberg, O. F., & Levy, K. N. (2011). Borderline-Persönlichkeitsstörung und Borderline-Persönlichkeitsorganisation - Psychopathologie und Diagnose. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen- 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 286-300). Stuttgart: Schattauer, 2011, 2. Aufl.
- Kernberg, O. F., & Yoemans, F. E. (2011). Zur Differenzial Diagnose von Bipolaren Störungen, Depression, Aufmerksamkeitsdefizit-Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen- 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 355-363). Stuttgart: Schattauer, 2011, 2. Aufl.
- Kind, J. (2011). Zur Entwicklung psychoanalytischer Borderline- Konzepte seit Freud. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen- 2., vollständig und erweiterte Auflage* (S. 20-34). Stuttgart: Schattauer, 2011, 2. Aufl.
- Klein, M. (1946). Bemerkung über einige schizoide Mechanismen. In M. Klein, *Das Seelenleben des Kleinkindes* (S. 131-163). Stuttgart: Klett-Cotta, 2006, 8. Aufl.
- Klein, M. (1930). Die Bedeutung der Symbolbildung für die Ichentwicklung. In M. Klein, *Das Seelenleben des Kleinkindes* (S. 36-54). Stuttgart: Klett-Cotta, 2006, 6. Aufl.
- Klein, M. (1955). Die psychoanalytische Spieltechnik- Ihre Geschichte und Bedeutung. In M. Klein, *Das Seelenleben des Kleinkindes* (S. 12-35). Stuttgart: Klett-Cotta, 2006, 8. Aufl.
- Klein, M. (1940). Die Trauer und ihre Beziehung zu manisch- depressiven Zuständen. In M. Klein, *Das Seelenleben des Kleinkindes* (S. 95-130). Stuttgart: Klett-Cotta, 2006, 8. Aufl.
- Klein, M. (1958). Neid und Dankbarkeit. In M. Klein, *Das Seelenleben des Kleinkindes* (S. 225-242). Stuttgart: Klett-Cotta, 2006, 8. Aufl.
- Klein, M. (1960). Über das Seelenleben des Kleinkindes- Einige theoretische Betrachtungen. In M. Klein, *Das Seelenleben des Kleinkindes* (S. 187-224). Stuttgart: Klett-Cotta, 2006, 8. Aufl.
- Klein, M. (1935). Zur Psychogenese der manisch- depressiven Zustände. In M. Klein, *Das Seelenleben des Kleinkindes* (S. 55-94). Stuttgart: Klett-Cotta, 2006, 8. Aufl.

Kohut, H. (1971). Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. In: *Psyche, Ernst Klett, Stuttgart*, 831-855.

Kohut, H. (1971). *Narzißmus- eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1976.

Konrad, R. (2000). Die Fähigkeit zum Alleinsein als Fähigkeit zur Selbstregulation: Stern und Winnicott. In: *Fachtexte zur Entwicklung von Psychotherapie in Theorie und Praxis, Jahrgang 1*, 47-54.

Kreisman, J. J., & Straus, H. (1989). *Ich hasse dich-verlass mich nicht*. München: Kösel-Verlag, 2008, 20. Aufl.

Kreisman, J. J., & Straus, H. (2004). *Zerissen zwischen Extremen- Leben mit einer Borderline-Störung [Hilfen für Betroffene und Angehörige]*. München: Kösel-Verlag, 2007, 2. Aufl.

Laing, R. D. (1960). *Das geteilte Selbst- eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn*. Köln: Kiepenhauer & Witsch, 1994.

Laing, R. D. (1970). *Knoten*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1990.

Lichtenberg, J. D. (1989). Modellszenen, Affekte und das Unbewußte. In E. S. Wolf (u.a.), *Selbstpsychologie- Weiterentwicklungen nach Heinz Kohut* (S. 73-106). München-Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse.

Mahler, M. S. (1971). Die Bedeutung des Loslösungs- und Individuationsprozesses für die Beurteilung von Borderline- Phänomenen. In M. S. Mahler, *Studien über die drei ersten Lebensjahre* (S. 347-366). Stuttgart: Klett-Cotta, 1989, 3. Aufl.

Mahler, M. S. (1977). Entwicklungsaspekte bei der Beurteilung narzißtischer und sogenannter Borderline- Persönlichkeiten. In M. S. Mahler, *Studien über die drei ersten Lebensjahre* (S. 373-388). Stuttgart: Klett-Cotta, 1989, 3. Aufl.

Mahler, M. S. (1952). Kindliche Psychose und Schizophrenie: Autistische und symbiotische kindliche Psychose. In M. S. Mahler, *Studien über die drei ersten Lebensjahre* (S. 164-189). Stuttgart: Klett-Cotta, 1989, 3. Aufl.

Mahler, M. S. (1960). Perzeptuelle Entdifferenzierung und psychotische Objektbeziehungen. In M. S. Mahler, *Studien über die drei ersten Lebensjahre* (S. 202-211). Stuttgart: Klett-Cotta, 1989, 3. Aufl.

Mahler, M. S. (1968). *Symbiose und Individuation- Psychosen im frühen Kindesalter*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1986, 4. Aufl.

Mahler, M. S. (1965). Zur frühkindlichen Psychose: Symbiotisches und autistisches Syndrom. In M. S. Mahler, *Studien über die drei ersten Lebensjahre* (S. 190-201). Stuttgart: Klett-Cotta, 1989, 3. Aufl.

Mahler, M. S., & Furer, M. (1960). Beobachtungen zur Untersuchungen des "symbiotischen Syndroms" bei kindlicher Psychose. In M. S. Mahler, *Studien über die drei ersten Lebensjahre* (S. 242-252). Stuttgart: Klett-Cotta, 1989, 3. Aufl.

- Mahler, M. S., & Furer, M. (1963). Bestimmte Aspekte der Loslösungs- und Individuationsphase. In M. S. Mahler, *Studien über die drei ersten Lebensjahre* (S. 295-308). Stuttgart: Klett-Cotta, 1989, 3. Aufl.
- Mahler, M. S., & Gosliner, B. (1955). Zur symbiotischen kindlichen Psychose: Genetisch, dynamische und Wiederherstellungsaspekte. In M. S. Mahler, *Studien über die drei ersten Lebensjahre* (S. 141-163). Stuttgart: Klett-Cotta, 1989, 3. Aufl.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *Die psychische Geburt des Menschen- Symbiose und Individuation*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 2008, 16. Aufl.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapie bei Borderline- Patienten*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992, 2. Aufl.
- Masterson, J. F., Tolpin, M., & Sifneos, P. F. (1991). *Blick hinter dem Vorhang- Objektbeziehungstheorie, Selbstpsychologie und Psychodynamische Kurztherapie im Vergleich*. Köln: Edition Humanistische Psychologie, 1993.
- Oldham, J. M., & Skodol, A. E. (1998). Persönlichkeitsstörungen- Eine Einführung. In H. U. Wittchen (Hrsg.), *Handbuch Psychische Störungen* (S. 202-211). Weinheim: Beltz, 1998, 2. Aufl.
- Orange, D. M. (1995). *Emotionales Verständnis und Intersubjektivität- Beiträge zu einer psychoanalytischen Epistemologie*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 2004.
- Orange, D. M., Atwood, G. E., & Stolorow, R. D. (1997). *Intersubjektivität in der Psychoanalyse- Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, 2001.
- Piaget, J. (1954). *Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2003, 5. Aufl.
- Pontalis, J. B. (1999). *Zusammenfassende Wiedergabe der Seminare IV - VI von Jacques Lacan*. Wien: Turia + Kant, 2. Aufl.
- Popper, K. (1934). *Logik der Forschung*. Tübingen: J.C.B Mohr, 1989, 9. Aufl.
- Potthoff, P. (2006). Weiterentwicklung nach Fairbairn: Die relationale Psychoanalyse. In B. F. Hensel, D. E. Scharff, & E. Vorspohl (Hrsg.), *W.R.D. Fairbairns Bedeutung für die moderne Objektbeziehungstheorie- theoretische und klinische Weiterentwicklungen* (S. 103-124). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Pschyrembel, W. (1998). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. Berlin: de Gruyter, 1998, 258 Aufl.
- Rehberger, R. (2006). Libido, die das Objekt sucht, und die Bindungstheorie Bowlbys heute. In B. F. Hensel, D. E. Scharff, & E. Vorspohl (Hrsg.), *W. R. D. Fairbairns Bedeutung für die moderne Objektbeziehungstheorie- theoretische und klinische Weiterentwicklungen* (S. 125-140). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Rohde-Dachser, C. (2004). *Das Borderline-Syndrom- 7., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Bern: Verlag Hans Huber, 2004, 7. Aufl.
- Rohde-Dachser, C. (1987). Die ödipale Konstellation bei narzißtischen und Borderline- Störungen. In: *Psyche, Klett-Cotta, Stuttgart*, 773-800.

- Rohde-Dachser, C. (1994). *Im Schatten des Kirschbaums- Psychoanalytische Dialoge*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Rosenfeld, H. (1971). Beitrag zur psychoanalytischen Theorie des Lebens und Todestribs aus klinischer Sicht: Eine Untersuchung der aggressiven Aspekte des Narzißmus. In: *Psyche, Ernst Klett, Stuttgart*, 476-493.
- Rosenfeld, H. (1987). *Sackgassen und Deutungen*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1997, 2. Aufl.
- Rosenfeld, H. (1963). Zur Psychopathologie und psychoanalytischen Behandlung der Schizophrenie. In H. Rosenfeld, *Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände* (S. 180-195). Gießen: Psychosozial Verlag, 2002.
- Rosenfeld, H. (1954). Zur psychoanalytischen Behandlung akuter und chronischer Schizophrenie. In H. A. Rosenfeld, *Zur Psychoanalyse psychotischer Zustände* (S. 135-148). Gießen: Psychosozial Verlag, 2002.
- Rufer, M. (1991). *Wer ist Irr?* Bern: Zytglogge Verlag.
- Russakoff, L. M., Rosse, S., MacKinnon, R., Spitzer, R., & Williams, J. B. (1998). Hilfesuchen bei Fachleuten: Wie Diagnosen erstellt werden und entsprechende Behandlungen abgeleitet werden. In H. U. Wittchen (Hrsg.), *Handbuch Psychische Störungen- Eine Einführung* (S. 23-37). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union, 1998, 2. Aufl.
- Sandler, A. M. (1981). Frühkindliches Erleben und Psychopathologie der Erwachsenen. In: *Psyche, Klett-Cotta, Stuttgart*, 305-318.
- Sandler, J. (1989). Unbewusste Wünsche und menschliche Beziehungen. In J. Sandler (Hrsg.), *Dimensionen der Psychoanalyse* (S. 74-90). Stuttgart: Klett-Cotta, 1994.
- Sandler, J., & Sandler, A. M. (1998). *Innere Objektbeziehungen*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1999.
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1971). *Die Grundbegriffe der Psychoanalytischen Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1996, 7. Aufl.
- Sartre, J. P. (1943). *Das Sein und das Nichts- Versuch einer phänomenologischen Ontologie*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2008, 14. Aufl.
- Sartre, J. P. (1949). *Geschlossene Gesellschaft*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 2009, 47. Aufl.
- Scharff, D. E. (2006). Die Entwicklung von Fairbairns Theorie. In B. F. Hensel, D. E. Scharff, & E. Vorspohl (Hrsg.), *W.R.D. Fairbairns Bedeutung für die moderne Objektbeziehungstheorie- theoretische und klinische Weiterentwicklungen* (S. 17-36). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Scharff, J. S. (2006). Das Erbe John D. Sutherlands: Selbst und Gesellschaft. In B. F. Hensel, D. E. Scharff, & E. Vorspohl (Hrsg.), *W. R. D. Fairbairns Bedeutung für die moderne Objektbeziehungstheorie- theoretische und klinische Weiterentwicklung* (S. 181-194). Gießen: Psychosozial Verlag.

- Schiff, J. L., & Day, B. (1980). *Alle meine Kinder- Heilung der Schizophrenie durch Wiederholung der Kindheit*. München: Chr. Kaiser.
- Schore, A. N. (2003). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2009, 2. Aufl.
- Segal, H. (1973). *Melanie Klein- eine Einführung in ihr Werk*. Tübingen: edition diskord, 2004.
- Segal, H. (1989). Psychoanalyse und Freiheit des Denkens. In J. Sandler, *Dimensionen der Psychoanalyse* (S. 62-73). Stuttgart: Klett-Cotta, 1994.
- Solms, M., & Turnbull, O. (2002). *Das Gehirn und die innere Welt- Neurowissenschaft und Psychoanalyse*. Mannheim: Walter Verlag, 2010, 4. Aufl.
- Spillius, E. B. (Hrsg.). (2002a). *Melanie Klein Heute Band 1- Entwicklung in Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta. 3. Aufl.
- Spillius, E. B. (Hrsg.). (2002b). *Melanie Klein Heute Band 2- Entwicklung in Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta, 3. Aufl.
- Spitz, R. A. (1954). *Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992, 5. Aufl.
- Spitz, R. A. (1967). *Vom Säugling zum Kleinkind- Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2005, 12. Aufl.
- Stauss, K. (1993). *Neue Konzepte zum Borderline- Syndrom*. Paderborn: Junfermann Verlag, 1994, 2. Aufl..
- Stern, D. (1985). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1998, 6. Aufl.
- Stern, D. (1977). *Mutter und Kind- Die erste Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1997, 3. Aufl.
- Stewart, I., & Joines, V. (2009). *Die Transaktionsanalyse- Eine Einführung*. Freiburg in Breisgau: Verlag Herder, 2009, 9. Aufl.
- Volkan, V. D. (1976). *Psychoanalyse der frühen Objektbeziehungen- Zur psychoanalytischen Behandlung psychotischer, präpsychotischer und narzißtischer Störungen*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1978.
- Watzlawick (Hrsg.), P. (1981). *Die erfundene Wirklichkeit- Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben?* München: Piper Verlag, 2010, 5. Aufl.
- Watzlawick, P. (1983). *Anleitung zum Unglücklichsein*. München: Piper Verlag, 2008, 9. Aufl.
- Weizenbaum, J. (1976). *Die Macht der Computer und die Ohnmacht der Vernunft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1978.
- Winnicott, D. W. (1990). *Der Anfang ist unsere Heimat- Essays zur gesellschaftlichen Entwicklung des Individuums*. Stuttgart: Klett-Cotta, .

Winnicott, D. W. (1988). *Die menschliche Natur*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1998, 2. Aufl.

Winnicott, D. W. (1965). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1993.

Winnicott, D. W. (1971). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1993, 7. Aufl.

Zanarini, M. C., & Hörz, S. (2011). Epidemiologie und Langzeitverlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In B. Dulz, S. C. Herpertz, O. F. Kernberg, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen- 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 44-56). Stuttgart: Schattauer, 2011, 2. Aufl.