

Clarkin ■ Yeomans ■ Kernberg

2. Auflage



Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit

Manual zur psychodynamischen Therapie

Mit einem Anhang zur Praxis der TFP im deutschsprachigen Raum

Clarkin
Yeomans
Kernberg

Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit

2. Auflage

This page intentionally left blank

John F. Clarkin
Frank E. Yeomans
Otto F. Kernberg

Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit

Manual zur psychodynamischen Therapie

2., aktualisierte und neubearbeitete
Auflage

Übersetzung von Petra Holler

**Mit einem Anhang zur Praxis der TFP
im deutschsprachigen Raum**

von Peter Buchheim, Stephan Doering,
Susanne Hörz, Petra Holler,
Mathias Lohmer, Philipp Martius,
Michael Rentrop, Agnes Schneider-Lehmann
und Flora von Spreiti

Mit 14 Abbildungen
und 13 Tabellen

 **Schattauer**

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung in elektronischen Systemen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede

diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Titel der amerikanischen Originalausgabe: Psychotherapy for Borderline Personality
Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF
First published in the United States by American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C. and London, UK.

Copyright © 2006. All rights reserved.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2008 by J.G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Claudia Campisi, Stuttgart

Umschlagabbildung: „Borderline“, © Paulapipa, Sammlung Demirel „Outsider-Bildwelten“

Datenkonvertierung: Eberl & Koesel Studio, Kempten

Printausgabe: ISBN 978-3-608-40167-7

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-26476-0

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Vorwort

Das vorliegende Buch ist das Ergebnis von mehr als 25 Jahren theoretischer und empirischer Forschungs- und Entwicklungsarbeit im Bereich psychotherapeutischer Behandlungstechnik für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Das Hauptaugenmerk der meisten psychotherapeutischen und pharmakologischen Ansätze ist gegenwärtig auf die kurzfristige Behandlung von Symptomen gerichtet. Im Gegensatz dazu gilt unser Interesse der Behandlung von Patienten, deren Symptome in eine abnorme Entwicklung und Persönlichkeit eingebettet sind. Aus diesem Grund widmen wir uns der theoretischen und empirischen Erforschung der Persönlichkeitsentwicklung – in ihren normalen Ausprägungen ebenso wie in ihren Variationen und Abweichungen. Der Behandlungsansatz, den wir im Laufe der Jahre entwickelt haben, verfolgt das ehrgeizige Ziel, nicht nur eine Veränderung auf Symptomebene herbeizuführen, sondern auch die der jeweiligen Symptomatik zugrunde liegende Persönlichkeitsstruktur und damit auch die Lebensqualität des oder der Betroffenen nachhaltig zu verändern.

Obgleich unsere theoretische Grundorientierung psychodynamisch und objektbeziehungstheoretisch ausgerichtet ist, war es unser Anliegen, eine wirksame Methode zur Behandlung von Charakterpathologien zu entwickeln – und nicht nur bereits existierende psychodynamische Ansätze zu adaptieren. Dazu haben wir uns die theoretischen und empirischen Weiterentwicklungen aus den Bereichen klinischer Psychotherapie und Psychotherapieforschung zunutze gemacht. Als besonders hilfreich erwiesen sich dabei Entwicklungen aus der Objektbeziehungstheorie und der Bin-

dungstheorie. Unser Ziel war es, Theorie, praktische Erfahrung und empirisches Datenmaterial zu einem Behandlungsansatz zu verbinden, bei dem die neu gewonnenen Informationen in entsprechende Behandlungstechniken umgesetzt sind.

Die Idee, ein Therapiemanual (Clarkin 1998) zu entwickeln, dessen detaillierte Beschreibungen es Klinikern unterschiedlicher Settings ermöglicht, dieselbe psychotherapeutische Behandlung durchzuführen, entstand in der Psychotherapieforschung. Im Rahmen experimenteller Forschung ist es unerlässlich, die unabhängige Variable (in unserem Fall eine bestimmte Form der Behandlung) zu objektivieren und einheitlich zu gestalten, um ihre Auswirkungen auf die abhängigen Variablen (Verbesserungen auf Patientenseite) zu untersuchen. So entstanden eine ganze Reihe von Psychotherapiemanualen, die kognitiv-behaviorale, interpersonelle und psychodynamische Behandlungsansätze beschreiben (s. Caligor 2005), welche innerhalb einer kurzen Zeitspanne durchgeführt werden und sich dabei häufig an eine spezifische Patientenpopulation richten, die in Bezug auf einen bestimmten Symptomkomplex (z.B. Depression) homogen ist.

Aus Forschungsperspektive ist es umso besser, je größer der relative Grad an Spezifität in einem Manual und je kleiner die Variabilität unter den verschiedenen Therapeuten. Kliniker haben gegenüber Manualisierungen häufig den Einwand vorgebracht, sie opferten die Intuition des einzelnen Therapeuten zugunsten von Klarheit und Uniformität in der Forschung. Manuale wurden nicht selten als die eigene Kreativität und Intuition einengend er-

lebt statt als Chance zur Erweiterung der eigenen therapeutischen Fertigkeiten.

Als manualisierte Form einer psychodynamischen Therapie ähnelt dieses Buch den meisten bislang veröffentlichten Therapiemanualen, unterscheidet sich aber auch in einigen wesentlichen Punkten von ihnen. Übersteigt die Dauer einer Therapie 12–15 Sitzungen, so ist es unmöglich zu beschreiben oder genau vorherzusagen, was in jeder einzelnen Sitzung passieren wird. In der Behandlung schwerer gestörter Patienten – die häufig agieren anstatt zu sprechen und dazu neigen, den Fluss einer Sitzung zu unterbrechen – ebnet Uniformität den Weg für unerwartete Vorkommnisse in der Interaktion zwischen Patient und Therapeut. Wir sind uns völlig darüber im Klaren, dass es im Rahmen einer Behandlung von Borderline-Patienten, die ein Jahr oder länger dauert, zu vielen unvorhergesehenen Situationen kommen wird, für die kein Behandlungsmanual eine jeweils genaue Handlungsanweisung für den Therapeuten liefern kann.

Das Buch, das wir hier vorstellen möchten, ist ein Therapiemanual, das bestimmte Interventionsprinzipien im Umgang mit Borderline-Patienten beschreibt und nicht beabsichtigt, jede Situation abzudecken, die zwischen Therapeut und Patient entstehen kann, bzw. vorgibt vorhersagen zu können, in welcher Reihenfolge genau die Therapie voranschreiten wird. Die Interventionsprinzipien sind als Orientierung für den Therapeuten gedacht, im Gegensatz zu jenen Therapiemanualen, die das jeweilige Vorgehen des Therapeuten Sitzung für Sitzung im Voraus exakt festlegen. Die Prinzipien der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) finden sich wieder in den Strategien, taktischen Vorgehensweisen und Techniken, wie wir sie im vorliegenden Band beschreiben. Unserer Überzeugung nach lässt die Effektivität psychotherapeutischer Lehre ganz empfindlich zu wünschen übrig. Sich ausschließlich auf die persönlichen Aufzeichnungen des Therapeuten zu verlassen, die nur noch vom Supervisor überprüft werden, wird dem pädagogischen Anspruch nicht gerecht. Aus diesem

Grund sind wir dazu übergegangen, Sitzungen auf Video aufzuzeichnen, die anschließend in unserer klinischen Forschungsgruppe vorgestellt und diskutiert werden. Auf diese Art und Weise ist über die Zeit hinweg eine manualisierte Form unseres Behandlungsansatzes entstanden, mit entsprechenden Ratingskalen, anhand derer die therapeutische Kompetenz (*competence*) des Behandlers sowie das Einhalten der Therapieprinzipien (*adherence*) überprüft werden. Auszüge aus ausgewählten Stundenprotokollen sollen den Behandlungsverlauf illustrieren.

Im vorliegenden Band beschreiben wir das strategische, taktische und technische Vorgehen in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie, wie es im Verlauf einer Behandlung und der jeweiligen – frühen, mittleren oder fortgeschrittenen – Therapiephase Anwendung findet. Wir haben allerdings im Laufe unserer Arbeit festgestellt, dass Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO), die ja eine sehr heterogene Gruppe darstellen, an sehr unterschiedlichen Punkten ihrer Entwicklung und ihrer Pathologie eine Therapie beginnen.

Aus diesem Grund stellen wir in dieser aktualisierten Neufassung unseres Buches (Clarkin et al. 2001) Behandlungsverläufe von Patienten vor, deren Persönlichkeitsorganisation sich auf einem hohen bzw. niedrigem Borderline-Strukturniveau befindet. Unsere Beschreibung der frühen Behandlungsphase trifft somit eher auf Patienten auf einem niedrigen Niveau der Persönlichkeitsorganisation zu (d.h. akut suizidale, selbstdestruktive Patienten, deren psychische Verfassung von heftigen Aggressionen durchdrungen ist). Auch wenn die Therapie von Patienten mit einer höher entwickelten Persönlichkeitsorganisation mit einer Vertragsphase eingeleitet werden sollte, so ähnelt doch der Behandlungsverlauf dieser Patientengruppe schon von Beginn an eher der mittleren Behandlungsphase. Damit lassen sich, so hoffen wir, unsere Ausführungen auf eine größere Patientenpopulation in der täglichen klinisch-therapeutischen Praxis anwenden.

Die überarbeitete Neuauflage unseres Buches spiegelt auch unsere Erfahrungen der letzten Jahre wider, in denen wir mehr und mehr dazu übergegangen sind, die Methode der Übertragungsfokussierten Psychotherapie auch in anderen klinisch-therapeutischen Bereichen anzuwenden. Dies hat uns ermöglicht, unsere Lehrmethoden auszuweiten und uns einen Eindruck davon vermittelt, wie TFP in anderen kulturellen Bezügen gelehrt und angewandt wird. Auf diese Weise haben wir mehr Erfahrungen in der Erforschung von TFP sammeln können, anhand derer Ergebnisse sich die Veränderungsprozesse einer TFP-Behandlung wiederum genauer untersuchen lassen. Den Bemühungen um wissenschaftliche Anerkennung von Psychotherapie und -forschung haben wir uns angeschlossen und die Ergebnisse unserer Forschungsarbeiten in diesem Band vorgelegt. Wir müssen uns jedoch gleichzeitig darüber im Klaren sein, dass es sich bei Psychotherapie um eine besondere Fertigkeit handelt – ein Unterfangen, das dazu dient, tief greifende Veränderungen im Leben eines Patienten herbeizuführen, ohne dass dies immer entlang klar abgesteckter wissenschaftlicher Richtlinien vonstatten gehen könnte.

Aufbau des Buches

In den ersten vier Kapiteln beschreiben wir die Theorie und grundlegenden Elemente der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (Transference Focused Psychotherapy TFP). Nach einer Einführung in eine psychodynamische Objektbeziehungstheorie der Persönlichkeitsorganisation und ihrer Desorganisation (Kap. 1) erläutern wir die Hauptelemente der TFP-Behandlung: Strategien, Behandlungstechniken und taktisches Vorgehen (Kap. 2–4). Einem Verständnis von Persönlichkeitspathologie kann man sich von unterschiedlichen Perspektiven her nähern. Die psychodynamische, interpersonelle sowie kognitive Sichtweise gehören hier zu den bekanntesten (Lenzenweger u. Clarkin 2005). TFP legt die Betonung

seines strategischen Vorgehens auf ein psychodynamisch und objektbeziehungstheoretisch orientiertes Verständnis von Persönlichkeitspathologien (vgl. Kap. 1). Das übergeordnete Ziel einer TFP-Behandlung mit einem Patienten, dessen Persönlichkeit auf Borderline-Niveau organisiert ist, liegt in der Veränderung der psychischen Struktur dieses Patienten, dessen internalisierte Objektbeziehungen wiederholt zu maladaptiven Verhaltensmustern sowie chronischen affektiven und kognitiven Störungen führen. Nachhaltige Veränderungen in der zugrundeliegenden psychischen Struktur eines Patienten erfordert die Auflösung fixierter, primitiver internalisierter Objektbeziehungen sowie die Integration abgespaltener Selbstkonzepte bzw. Konzepte bedeutsamer Anderer zu reiferen und flexibleren Konzepten.

Die Phasen einer TFP-Behandlung lassen sich abgrenzen durch die Dauer einer Behandlungsperiode, durch die Strategien, Techniken und taktischen Vorgehensweisen (die in den einzelnen Behandlungsphasen unterschiedlich eingesetzt werden) und durch den Behandlungsfortschritt des Patienten (z.B. Ausagieren in der frühen Therapiephase, das im späteren Therapieverlauf zu mehr Reflektion führt).

Da Patienten eine Behandlung auf unterschiedlichen Entwicklungsebenen beginnen und diese mit unterschiedlichen Zielen unterschiedlich schnell durchlaufen, mutet eine allgemeine Unterteilung der Behandlung in einzelne Abschnitte etwas willkürlich an. Aus didaktischen Gründen haben wir uns jedoch zur Abgrenzung verschiedener Behandlungsabschnitte entschieden und sprechen von einer Phase zur diagnostischen Beurteilung (Kap. 5 u. 6), einer frühen Therapiephase (Kap. 7), einer mittleren Therapiephase (Kap. 8), sowie einer fortgeschrittenen Therapiephase und Beendigung der Behandlung (Kap. 9). Für jede Behandlungsphase beschreiben wir die spezifischen Aufgaben des Therapeuten sowie Reaktionsfolgen aufseiten des Patienten. Kapitel 10 widmet sich den für eine Borderline-Behandlung typischen und häufig anzutreffenden

den Problemstellungen und Komplikationen. In Kapitel 11 schließlich stellen wir einen allgemeinen Überblick über die im Rahmen einer Behandlung stattfindenden Veränderungen aus theoretischer und empirischer Sicht vor.

Danksagung

Wir danken dem Vorsitzenden unseres Departments, Dr. Jack Barchas, für seine anhaltende und umfassende Unterstützung, die er dem Personality Disorders Institute hat zuteil werden lassen. Das gleiche gilt für die Borderline Personality Disorders Research Foundation und ihren Begründer, Dr. Marco Stoffel, der unsere Arbeit ganz wesentlich unterstützt hat. Wir hoffen außerdem, dass all die begabten Kolleginnen und Kollegen – Psychiater, Psychologen, Sozialpädagogen und Angehörige des Pflegepersonals –, die wir in TFP ausgebildet haben, ebenso von unseren Anleitungen und Vorschlägen profitiert haben wie wir wiederum von ihren Bestreben, sich diese Behandlungsmethode anzueignen. Unser Dank gilt auch unseren Patienten, die, trotz ihrer Schwierigkeiten, vielen Stunden diagnostischer Interviews und Videoaufzeichnungen zugestimmt haben. Die in der heutigen Zeit nicht unbedingt selbstverständliche sehr lange Zusammenarbeit mit unseren Fachbereichskollegen hatte zum Ziel, einen langfristigen Beitrag zur Behandlung von Patienten sowie psychoanalytischer Theoriebildung zu leisten.

Unser Dank gilt hier ganz besonders unseren Kollegen am Personality Disorders Institute Dr. Ann Appelbaum, Eve Caligor, Monica Carsky, Jill Delaney, Diana Diamond, Eric Fertuck, Pamela Foelsch, Kay Haran, Simone Horemann, James Hull, Paulina Kernberg, Harold Koenigsberg, Ken Levy, Joel McClough, Larry Rockland, Barry Stern und Michael Stone. Sie haben die Patienten behandelt, den Behandlungsfortschritt evaluiert, und unser Drängeln ausgehalten. Nina Huza hat mit Geduld und Umsicht für die Organisation der diagnostischen Gespräche und Protokollierung der Therapiesitzungen gesorgt.

Wir können uns zudem glücklich schätzen, dass wir über unsere lokalen Grenzen hinaus zahlreiche Kolleginnen und Kollegen haben, die mit Scharfsinn und kritischem Geist zur Entwicklung von TFP beigetragen haben: Dr. Lina Normandin und ihre Kollegen, Quebec; Drs. David Lopez, Pablo Cuevas, und Jorge Cassab, Mexico City. Dr. Peter Buchheim und Kollegen, München; Dr. Henk-Jan Dalwijk und Bert Van Luyn, Amersfoort; Drs. Leo Swaab, Nel Drajer, Amsterdam; Dr. Paul Wijts, Maastricht; Dr. Kees Koorman, Leiden; Dr. Michael Steigler, Lausanne; Drs. George Brownstone und Bernhard Brömmel, Wien; sowie Drs. Peter Fonagy und Anthony Bateman, London.

John F. Clarkin, Ph.D.

Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D.

Otto F. Kernberg, M.D.

Inhalt

1 Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation	1	Mildere Formen von Hass in der Übertragung	24
Die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie	1	2 Behandlung der Borderline-Pathologie. Die Strategien der Übertragungsfokussierten Psychotherapie	25
Die normale Persönlichkeit:		Behandlungsmodelle im Kontrast	25
Deskriptive und strukturelle Merkmale	2	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze	27
Entwicklungsfaktoren	2	Psychodynamische Behandlungsansätze	28
Motivationale Aspekte:		Das TFP-Behandlungsmodell	30
Affekte und innere Objektbeziehungen	5	Aktivierung von Objektbeziehungen in einem sicheren Rahmen	30
Temperamentsbedingte und kognitive Aspekte der Entwicklung	7	Zerstörung des Denkens	31
Ein psychoanalytisches Nosologie-Modell	9	Behandlungsablauf	32
Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation	13	Die Rolle der Beziehung	33
Konstituierende Elemente der Borderline-Persönlichkeitsorganisation	13	Behandlungsdauer	34
Die neurotische Persönlichkeitsorganisation	17	Vergleich mit anderen Behandlungsmodellen	34
Die Psychopathologie des Hasses: Haupthindernis der libidinösen Entwicklung	17	Die strategischen Prinzipien der TFP	36
Die Beziehung zwischen Trauma, Hass und Neid	20	Strategisches Prinzip 1: Definieren der dominanten Objektbeziehungen	36
Antisoziale Struktur und Übertragung	20	Strategisches Prinzip 2: Beobachten und Deuten der Rollenwechsel beim Patienten	42
Die Analyse paranoiden Übertragungen	21	Strategisches Prinzip 3: Beobachten und Deuten der Zusammenhänge zwischen sich gegenseitig abwehrenden Objektbeziehungsdyaden	43
Struktur und Übertragungsmuster des malignen Narzissmus	22		
Narzisstische Struktur und Übertragung	22		
Hass gepaart mit raschen Rollenwechseln	22		

Strategisches Prinzip 4: Arbeit an der Fähigkeit des Patienten, Beziehung anders zu erleben	46
---	----

Die Integration abgespaltener Teil-Objekte	46
---	-----------

Kennzeichen der Integration	46
-----------------------------------	----

Wiederholen in der therapeutischen Arbeit	53
--	-----------

3 Behandlungstechniken. Die spezifischen Interventionen 55

Der Umgang mit technischer Neutralität ..	57
--	-----------

Abweichen von der technischen Neutralität	59
--	----

Wiederherstellen der technischen Neutralität	59
---	----

Vermeiden von Parteinahme	62
---------------------------------	----

Integration von Gegenübertragungs- material in den Deutungsprozess	62
---	-----------

Weitere Anmerkungen zur Gegenübertragung	65
---	----

Die Wahrung des therapeutischen Rahmens	66
--	-----------

Vermeiden von Agieren während der Sitzung	66
--	----

Ausschalten von sekundärem Krankheitsgewinn	68
--	----

Übertragungsanalyse	70
----------------------------------	-----------

Analyse der negativen Übertragung	70
---	----

Analyse der positiven Übertragung	70
---	----

Analyse der primitiven Abwehr- mechanismen	71
---	----

Der interpretative Prozess: Klärung, Konfrontation und Deutung	74
---	-----------

Klärung	75
---------------	----

Konfrontation	76
Deutung	76

Komplikationen im Deutungsprozess	86
--	-----------

Weitere Elemente im Deutungsprozess	87
--	-----------

Die frühe und tiefe Deutung der Übertragung	87
--	----

Beschreibung des Konflikts	89
----------------------------------	----

Die Bedeutung einer Deutung für den Patienten	89
--	----

Beurteilung der Wirkung einer Deutung	90
--	----

Die aktive Rolle des Therapeuten	91
---	-----------

Aktive Bereitschaft zur Klärung und Konfrontation	91
--	----

Flexibilität im Deutungsprozess	91
---------------------------------------	----

Reihenfolge der Anwendung spezifischer Interventionstechniken	92
--	----

Techniken, die in der TFP keine Anwendung finden	92
---	-----------

4 Taktisches Vorgehen in der Behandlung. Ausgangs- bedingungen für die thera- peutischen Interventionen 95

Taktisches Vorgehen 1: Etablierung eines Therapievertrags	96
--	-----------

Beispiele für spezifische Gefährdungen der Behandlung	96
--	----

Taktisches Vorgehen 2: Auswahl und Bearbeitung des Hauptthemas	97
---	-----------

Drei Kommunikationskanäle	97
---------------------------------	----

Drei Interventionsprinzipien	98
------------------------------------	----

Einhaltung der Themenrangfolge	102
--------------------------------------	-----

Taktisches Vorgehen 3: Inkompatible Realitäten auf der Basis einer gemeinsamen Realität herausarbeiten	113	Die Verantwortlichkeiten des Therapeuten	147
Die Exploration inkompatibler Realitäten	117	Terminplanung	148
Taktisches Vorgehen 4: Affektregulierung	119	Honorar	148
Die Flexibilität des Therapeuten	120	Behandlungsmethode	148
5 Diagnostische Beurteilung – Phase I. Klinische Evaluation und Indikation	123	Die Interaktion zwischen Therapeut und Patient im Prozess der Vertragsvereinbarung	152
Klinische Beurteilung	124	Wie versteht und akzeptiert der Patient den Vertrag?	152
Das strukturelle Interview	124	Wie geht der Therapeut mit den Reaktionen des Patienten um?	153
Das Strukturierte Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO)	130	Individuelle Aspekte des Therapievertrags	155
Indikation zur Therapie	131	Mögliche Gefahren für die Behandlung	156
Überweisung zur TFP-Behandlung	132	Beurteilung spezifischer Gefährdungen für die Behandlung	157
TFP in Kombination mit anderen Interventionstechniken	132	Die Berücksichtigung der Gefährdungen im Therapievertrag	160
TFP und medikamentöse Behandlung	133	Grenzen des Therapievertrags	169
TFP in Kombination mit Fertigkeiten- Trainings	140	Abweichungen vom Therapievertrag oder Behandlungsrahmen	170
6 Diagnostische Beurteilung – Phase II. Der Therapievertrag	143	Häufige Probleme des Therapeuten bei der Vereinbarung des Therapie- vertrags	171
Der Prozess der Vertragsvereinbarung	144	Fehleinschätzung der Reaktion des Patienten	171
Die Verantwortlichkeiten des Patienten	145	Aggressiver Umgang mit der Reaktion des Patienten	173
Erscheinen zu den Sitzungen	145	Ambivalenz des Therapeuten gegenüber dem Therapievertrag	173
Klare finanzielle Regelung	146	Abweichen vom Vertrag und Wiederaufnahme von einzelnen Verhandlungspunkten	174
Die Rolle des Patienten in der Therapie	147		

7 Die frühe Therapiephase. Austesten des Therapierahmens und Impulskontrolle 177

Die Fähigkeit, die Beziehung zum Therapeuten aufrechtzuerhalten ____ 178

Therapeutisches Bündnis ____ 178

Das Austesten der Behandlung und
des Behandlungsrahmens ____ 180

Die Kontrolle über Impulsivität und Selbstdestruktivität ____ 182

Suiziddrohungen und
selbstzerstörerisches Verhalten ____ 182

Die Einführung neuer Parameter
(Rahmenbedingungen) in die laufende
Behandlung und die Bearbeitung
juristischer Fragen ____ 182

Morddrohungen ____ 183

Parasuizidales Verhalten ____ 184

Affektstürme und ihre Umwandlung in dominante Objektbeziehungen ____ 186

Der therapeutische Umgang
mit Affektstürmen ____ 187

Das Leben des Patienten außerhalb
der Therapie ____ 187

Verlauf einer Sitzung in der frühen Therapiephase ____ 188

Den Fokus in der Therapiesitzung
bestimmen ____ 189

Die Beendigung der Therapiesitzung ____ 189

Beispiel einer Sitzung in der frühen Therapiephase ____ 190

8 Die mittlere Therapiephase. Integration und Umgang mit regressiven Episoden 193

Ein vertieftes Verständnis der zentralen Übertragungsmuster ____ 193

Die Integration negativer Affekte ____ 195

Latente Aggression, abgespaltene
Idealvorstellungen und das Ziel
reifer Liebe ____ 197

Das Spektrum sexueller Beziehungen
bei Patienten mit einer Borderline-
Persönlichkeitsorganisation ____ 198

Vertiefung des Verstehens von Spaltungsvorgängen und das Bemühen um Integration ____ 200

Hinweise für innerpsychische Spaltung ____ 200

Das Vor und Zurück zwischen
Integration und Regression ____ 202

Projektion und Integration ____ 203

Schwere aggressive Durchdringung des Sexualverhaltens ____ 210

Selbstverletzung, Dissoziation
und Sexualität ____ 210

Der Umgang mit erotisierten
Übertragungsformen: Sexualität
und Aggression in der Übertragung ____ 214

Wenn liebevolle und sexuelle Gefühle
stabiler werden ____ 217

Ausweitung des Behandlungsfokus in der mittleren Therapiephase ____ 218

Die Fokussierung von Übertragung
und äußerem Leben des Patienten ____ 220

Die Projektion von Teilrepräsentanzen
auf Andere ____ 222

Die Reaktion des Patienten auf
positive therapeutische Entwicklungen ____ 224

9 Die fortgeschrittene Therapiephase und Beendigung der Therapie 227

Die fortgeschrittene Therapiephase 227

Klinische Charakteristika der fortgeschrittenen Therapiephase 229

Hinweise auf strukturelle intrapsychische Veränderungen 232

Hindernisse beim Übergang in die fortgeschrittene Therapiephase 236

Behandlungstechnische Ansätze in der fortgeschrittenen Therapiephase 238

Die Beendigung der Therapie 240

Der theoretische Kontext: Normale und pathologische Trauerreaktion 241

Die Beendigung der Therapie: Normale, neurotische und Borderline-Persönlichkeitsorganisation 243

Behandlungstechnische Konsequenzen 244

Die zeitliche Planung der Beendigung der Therapie 247

10 Krisenmanagement 249

Typische Therapiekrisen 250

Umgang mit Suiziddrohungen und Suizidversuchen 251

Richtlinien für Entscheidungsprozesse 253

Fallbeispiel zum Umgang mit selbstdestruktiven Drohungen 256

Angedrohte Aggression und intrusives Verhalten 258

Androhung von Therapieabbruch 260

Nichtbefolgen von begleitenden Therapiemaßnahmen 262

Die Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation und sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte 263

Psychotische Episoden 265

Übertragungspsychosen 265

Psychotische Verzerrungen der therapeutischen Beziehung 266

Kurz andauernde reaktive Psychosen 267

Drogeninduzierte Psychosen 268

Dissoziative Reaktionen 268

Depressive Episoden 269

Aufsuchen von Notfallambulanzen 269

Stationäre Aufnahmen 271

Telefonanrufe des Patienten 275

Die Abwesenheit des Therapeuten und der Umgang mit Vertretung 276

Schweigen des Patienten 277

Somatisierung 277

11 Veränderungsprozesse in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie. Theorie und Empirie 279

Unser Arbeitsmodell der Borderline-Pathologie 280

Die Heterogenität von Borderline-Patienten: Behandlungsrelevante Subgruppen 281

Diagnose 281

Temperament	283
Identität	286
Der Entwicklungsweg eines Borderline-Patienten	289

Die Veränderungen des Patienten in der Behandlung

290

Psychotherapieforschung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung	290
---	-----

Die Erforschung der Übertragungs-fokussierten Psychotherapie TFP	291
--	-----

Zusammenfassung: Prozess und Ergebnis	297
--	-----

Die Anwendung von TFP-Prinzipien in anderen therapeutischen Settings

298

Anhang

Praxis der TFP im deutschsprachigen Raum

301

1 Forschung

301

2 Lehre und Anwendung von TFP

303

Das Angebot des TFP-Instituts München	303
--	-----

Grundsätze zur Implementierung	304
--------------------------------------	-----

Die Einführung von TFP bei der Gruppe der Therapeuten	306
--	-----

Zur Ausbildung und Einbeziehung der Pflegemitarbeiter	307
Fazit	308

3 Aufbau und Inhalt des Curriculums

308

4 Supervision

309

5 Anmerkungen zur Antragstellung bei ambulanter Psychotherapie

312

6 Stationäre Psychotherapie

313

Stationäre Psychotherapie unter TFP-Aspekten	313
---	-----

Modifikationen der TFP im stationären Setting	313
--	-----

7 Netzwerk und Patientenvermittlung

314

Netzwerktreffen	315
-----------------------	-----

8 TFP in Österreich, Südtirol und der Schweiz

316

Österreich	316
------------------	-----

Südtirol	316
----------------	-----

Schweiz	316
---------------	-----

Literatur

317

Sachverzeichnis

325

1 Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation

„Im Dialog zwischen Theorie und Erfahrung ergreift die Theorie immer zuerst das Wort. Sie bestimmt die Form der Frage und setzt damit der Antwort Grenzen“ (Jacob 1971).

Das Modell der Persönlichkeitsstörung und ihrer Behandlung, das der Übertragungsfo-kussierten Psychotherapie (Transference-Focused Psychotherapy TFP) zugrunde liegt, basiert auf der zeitgenössischen psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, wie sie von Otto Kernberg (1985; 1997) entwickelt und von aktuellen entwicklungspsychologischen und neurobiologischen Forschungsbefunden (Clarkin u. Posner 2005; Depue u. Lenzenweger 2001) ergänzt wurde. Im ersten Kapitel des vorliegenden Buches wollen wir das Wesen von Persönlichkeit näher untersuchen und, davon ausgehend, ein psychoanalytisches Verständnis von Persönlichkeitsstörung sowie einer verwandten Nosologie von Persönlichkeitsstörungen anhand dimensionaler und kategorialer Konstrukte entwickeln.

Die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie

Eine grundlegende Prämisse psychodynamischer Konzeptualisierung und Behandlungstechnik von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen besagt, dass beobachtbares Verhalten und subjektive Störung dieser Patienten – so wie sie im Kriterienkatalog der Achse-II-Störungen im DSM-IV-TR (American Psychiatric

Association 2003) enthalten sind – pathologische Merkmale zugrundeliegender psychischer Strukturen widerspiegeln. Eine psychische Struktur ist ein dauerhaft bleibendes Muster mentaler Funktionen, welche Verhalten, Wahrnehmung und subjektives Erleben eines Menschen organisieren. Ein zentrales Merkmal der psychischen Organisation von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen ist eine mangelnde Integration psychischer Strukturen. Das Niveau der Persönlichkeitsorganisation (s. u.) hängt weitgehend vom jeweiligen Integrationsgrad der Persönlichkeitsstruktur ab.

In der Objektbeziehungstheorie (Jacobson 1973; Kernberg 1988; Klein 1983c; Mahler 1971) wird davon ausgegangen, dass die von Freud beschriebenen Triebe – Libido und Aggression – immer in Bezug auf einen spezifischen Anderen – ein Objekt – erlebt werden. Innere Objektbeziehungen sind die Bausteine psychischer Strukturen und dienen als Organisatoren von Motivation und Verhalten. Bei den Grundelementen psychischer Struktur wiederum handelt es sich um Einheiten, die sich aus Repräsentanzen des Selbst, einem Trieb-bezogenen bzw. -repräsentierten Affekt sowie einer Repräsentanz des Anderen (das Objekt des Triebes) zusammensetzt. Das *Selbst*, der *Andere* und der sie verbindende *Affekt* bilden eine *Objektbeziehungsdyade* (Abb. 1-1), wobei unbedingt zu beachten ist, dass weder „Selbst“ noch „Objekt“ genaue innere Wiedergaben der Gesamtheit des Selbst bzw. des Anderen sind, sondern Repräsentanzen, wie sie zu bestimmten Zeitpunkten im Verlauf der frühen Entwicklung erlebt wurden.

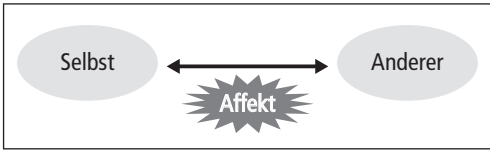


Abb. 1-1. Die Objektbeziehungsdyade

Die normale Persönlichkeit: Deskriptive und strukturelle Merkmale

Deutlich wird die Pathologie einer Persönlichkeit, wenn man sie einer klaren Konzeption der normalen Persönlichkeit und deren Funktionsweise gegenüberstellt. Im Verlauf der Diagnose (vgl. Kap. 5, S. 123) und Behandlung überprüft der TFP-Therapeut das, was der Patient tut, kontinuierlich auf der Matrix normaler Persönlichkeitsorganisation. Die Behandlungsziele entsprechen den Schritten, die der Patient auf dem Weg von einer abnormen hin zu einer normal funktionierenden Persönlichkeit zurücklegt (s. Tab. 1-1).

Menschen mit einer normalen Persönlichkeitsorganisation verfügen zuallererst über ein *integriertes Selbst- und Fremdkonzept*, das wiederum in ihrem Identitätskonzept enthalten ist. Dieses umfasst sowohl ein kohärentes inneres Gefühl für das eigene Selbst und ein Muster von Verhaltensweisen, die diese Selbstkohärenz widerspiegeln. Selbstkohärenz ist von grundlegender Bedeutung für das eigene Selbstwertempfinden, für Lebensfreude sowie für die Fähigkeit, Beziehungen zu anderen Menschen und das Ausüben einer Arbeit lustvoll zu erleben. Ein kohärentes und integriertes Selbstgefühl trägt dazu bei, eigene Talente und Fähigkeiten, Wünsche und langfristige Ziele zu verwirklichen. Ebenso dient ein kohärentes und integriertes Fremdkonzept der realistischen Einschätzung Anderer, Einfühlungsvermögen und sozialen Takt miteingeschlossen. Die Verbindung eines integrierten Selbst- und Fremdkonzeptes fördert reife Interdependenz, die mit der Fähigkeit einhergeht, sich

1 Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation

emotional auf andere einzulassen und gleichzeitig ein Gefühl für die eigene Autonomie beizubehalten.

Ein weiteres strukturelles Merkmal der normalen Persönlichkeitsorganisation ist eine *große Bandbreite affektiven Erlebens*. Ein Mensch mit normaler Persönlichkeitsorganisation verfügt über die Fähigkeit, eine ganze Reihe komplexer und wohlmodulierter Affekte ohne Verlust der Impulskontrolle zu erleben.

Ein drittes Merkmal normaler Persönlichkeitsorganisation ist schließlich die *Existenz eines integrierten Systems internalisierter Werte*. Dies ist ein stabiles und individuelles System, das trotz seiner entwicklungspsychologischen Verwurzelung in den elterlichen Ge- und Verböten nicht starr an diesen Wertekanon gebunden ist, sondern unabhängig von äußeren Beziehungen zu anderen funktioniert. Diese innere Wertestruktur kommt in einem Gefühl persönlicher Verantwortung zum Tragen, sowie in der Fähigkeit zu realistischer Selbstkritik und flexibler Entscheidungsfindung, die auf verbindlich wahrgenommenen Normen, Werten und Idealen basiert.

Entwicklungsfaktoren

Um die Theorie der Objektbeziehung mit dem Konzept der Persönlichkeitsstruktur zu verknüpfen, gehen wir von der Annahme aus, dass sich im Verlauf der kindlichen Entwicklung zahlreiche innerpsychische Dyaden bilden, die auf prototypischen Erfahrungen basieren.

Laut Objektbeziehungstheorie sind die Moment-zu-Moment-Erfahrungen der frühen Kindesentwicklung unterschiedlich in ihrer affektiven Intensität. Während relativ ruhiger Phasen mit geringer affektiver Intensität nimmt der Säugling die ihn umgebende Welt in Form kognitiven Lernens auf, das vom Alter und neuropsychologischem Entwicklungsstand des Kindes abhängig ist. Es gibt jedoch auch Phasen mit hoher affektiver Intensität,

Tab. 1-1 Veränderungsmechanismen in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie

Interventionen des Therapeuten	Verhalten und Reaktionsweisen des Patienten
Aushandeln des Therapierahmens; Position technischer Neutralität; Halten von Gegenübertragungsgefühlen Identifizierung und Exploration pathologischer Objektbeziehungen, die in der Therapie aktiviert werden, entlang folgender Schritte:	Rückgang impulsiven Agierens im Alltag des Patienten; Aktivierung pathologischer Objektbeziehungen in Bezug auf den Therapeuten
Klärung: Erkennen und Benennen kognitiver Inhalte, die mit intensiven Affektzuständen einhergehen, sowie Differenzierung dieser Zustände auf der Matrix von Objektbeziehungen	Umwandlung und Containment von hochaufgeladenen Affektzuständen und agierenden Verhaltensweisen durch kognitive Bearbeitung; führt bis zu einem gewissen Grad zu Affektmodulation und Containment
Konfrontation: Exploration von Diskrepanzen in Kommunikation, Verhalten und inneren Erlebenszuständen des Patienten	Patient wird sich der Spaltung und Widersprüchlichkeit seines Erlebens sowie des Oszillierens zwischen idealisierten und als verfolgend wahrgenommenen Erfahrungen bewusst; erhöhte Fähigkeit, das eigene psychische Erleben zu beobachten sowie Momente der gedanklichen Triangulierung und deren Symbolcharakter zu erkennen und wertzuschätzen; führt zu Steigerung des affektiven Containments und Reduzierung des überwältigenden Charakters affektiven Erlebens
Deutung von Abwehrbewegungen wie Spaltung und anderen primitiven Abwehrmechanismen	Vertieftes Verständnis für die Symbolhaftigkeit psychischen Erlebens (d. h. erhöhte Wertschätzung des symbolhaften und triangulierenden Charakters von Gedanken)
Deutung von Spaltungsvorgängen	Zunehmendes Containment von negativen Affekten und Wertschätzung des Symbolcharakters von Gedanken mit der Fähigkeit zur Selbstreflexion; allmähliche und vorübergehende Integration idealisierter und als verfolgend erlebter Erfahrungen bei gleichzeitiger Abschwächung negativen Affekterlebens; Zyklen, in denen sich verminderte Angst und Spaltungsbedürfnisse mit Phasen regressiver Bewegung und paranoider Ängste abwechseln, was zu erhöhter Integrationsfähigkeit führt (diese Zyklen können als paranoide Abwehr/Orientierung aufgefasst werden, die sich mit einer Zunahme an depressiver Abwehr/Orientierung abwechseln)
Deutung von Spaltungsvorgängen als Abwehr von depressiven Ängsten	Allmähliche Auflösung von Spaltungsvorgängen und primitiver Projektion; zunehmende Integration von Repräsentanzen und Affekten innerer Objektbeziehungen, wie sie im Rahmen der Behandlung zum Tragen kommen; erhöhte Fähigkeit, Aggression zu erkennen und zu meistern; erhöhte Fähigkeit, (unangemessene) Objektbeziehungen, die unverändert stark besetzt sind, zu unterdrücken; Konsolidierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen; partielles Durcharbeiten depressiver Ängste, allmähliche Auflösung der Identitätsdiffusion

die in der Regel an ein Bedürfnis oder einen Wunsch nach Lustbefriedigung geknüpft sind („ich brauche Hilfe!“, „ich will mehr!“), oder aber an eine Angst oder den Wunsch nach Schmerzbesitzung („mach das weg!“). Mit einer typischen Erfahrung von Lust oder Befriedigung haben wir es zu tun, wenn die Mutter oder Bezugsperson auf das akute Hungergefühl des Kindes unmittelbar reagiert, während eine typische Erfahrung von Schmerz oder Frustration dann entsteht, wenn, aus welchen Gründen auch immer, auf die Bedürfnisse des Säuglings nicht eingegangen wird.

Diese Phasen affektiver Spitzen binden das Selbst in die Beziehung zu einem Anderen ein. Sie sind an der Entstehung affektiver Erinnerungsstrukturen in der sich entwickelnden Psyche des Kindes beteiligt (Abb. 1-2). Kernberg (1997) beschreibt diesen Prozess folgendermaßen:

„Mit starken Affekten verbundene Erfahrungen erleichtern das Verinnerlichen primitiver Objektbeziehungen, die sich in befriedigende oder nur-gute auf der einen und aversive oder nur-schlechte auf der anderen Seite gruppieren. Mit anderen Worten, das Anlegen affektiver Erinnerungsstrukturen geht leichter vor sich, wenn das Kind Selbst und Objekt erlebt, während es sich in einem Affektzustand hoher Intensität befindet“ (S. 25).

Diese affektgeladenen Gedächtnisstrukturen beeinflussen die Entwicklung des Motivationsystems des Kindes, welches in Zuständen von Affektspitzen das internalisiert, was ihm zum Überleben wichtig erscheint: zu erhalten, was gebraucht wird und zu vermeiden, was Schmerz oder Bedrohung verursacht.

Im Hinblick auf die Objektbeziehungsdyaden gehen die befriedigenden Erfahrungen des Kindes mit dem idealen Bild eines perfekt nährenden Anderen sowie eines zufriedenen Selbst einher, während frustrierende Erfahrungen ein ausschließlich negatives Bild eines versagenden oder gar missbrauchenden Anderen sowie eines bedürftigen, hilflosen Selbst entstehen lassen. Obwohl diese Bilder lediglich bestimmte Momentaufnahmen widerspie-

geln und weniger das Objekt als solches, werden sie in den Erinnerungsstrukturen als Teilrepräsentanzen einer umfassenderen Realität gespeichert. Dies ist der Grund, warum trotz einer im Allgemeinen aufmerksamen und nährenden Bezugsperson das Kind Erfahrungen einer zeitweiligen Frustration und Versagung als Bilder eines sadistischen und versagenden Objekts internalisiert. In ähnlicher Weise kann es im Falle vernachlässigender oder missbrauchender Bezugspersonen zu seltenen befriedigenden Erfahrungen kommen, die, in Verbindung mit einem starken Bedürfnis nach Befriedigung, die Internalisierung des Bildes ei-

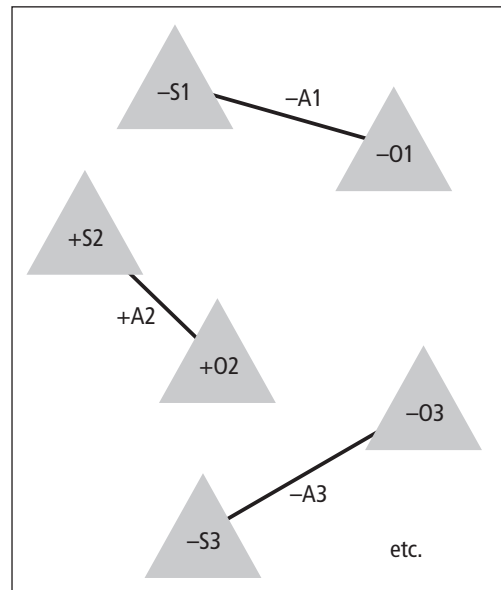


Abb. 1-2 Die innere Welt des Säuglings.
S = Selbstrepräsentanz; O = Objektrepräsentanz;
A = Affekt

- S1 = hungriges, depriviertes Selbst
- O1 = sadistischer, deprivierender Anderer
- A1 = Angst
- S2 = hungriges, dann zufriedenes Selbst
- O1 = idealer, responsiver Anderer
- A2 = Liebe
- S3 = mächtiges, kontrollierendes Selbst
- O2 = schwacher, sklavenähnlicher Anderer
- A3 = Zorn

nes liebenden und nährenden Objekts nach sich ziehen.

Die Intensität der kindlichen Affekte erklärt sich aus ihrer biologischen Funktion, unreifen Säugern das Überleben zu sichern, indem Befriedigung (Lust und Nahrung) gesucht und Schmerz vermieden wird, und der jeweiligen Bezugsperson durch affektive Äußerungen Bedürfnisse signalisiert werden.

Motivationale Aspekte: Affekte und innere Objektbeziehungen

Affekte sind angeborene Dispositionen, die sich in den frühen Phasen der menschlichen Entwicklung manifestieren. Sie sind konstitutionell und genetisch determiniert und werden nach und nach als Triebe organisiert, welche wiederum mit einem Teil der sich früh bildenden Objektbeziehungen verknüpft bzw. als solche integriert sind. Befriedigende und lustvolle Affekte werden als Libido organisiert; schmerzliche, aversive und negative Affekte als Aggression. Affekte steuern die Entwicklung von tatsächlichen und phantasierten Objektbeziehungen, und diese affektiv besetzten Bilder von Selbst- und Objektrepräsentanzen sind als innere Welt im Gedächtnis festgeschrieben. Affekte sind somit die Bausteine der Triebe, deren Aktivierung sie im Kontext bestimmter internalisierter Objektbeziehungen signalisieren.

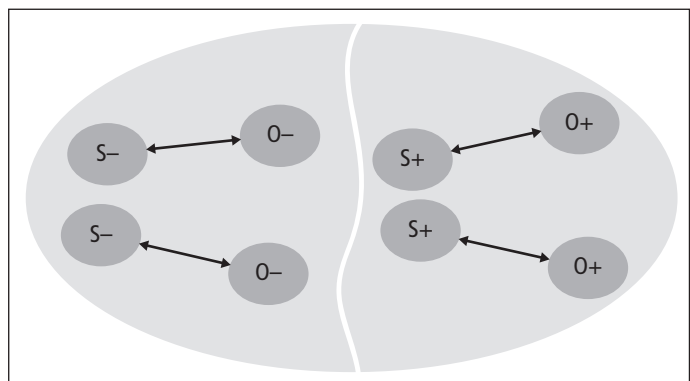
Im Laufe der kindlichen Entwicklung werden verschiedenste, affektiv besetzte Erfahrungen internalisiert, indem sich ein Teil der Psyche aus idealisierten Bildern (basierend auf befriedigenden Erfahrungen) einerseits, ein anderer Teil aus negativen, aversiven und entwerteten Bildern andererseits zusammensetzt und diese aktiv getrennt gehalten werden (Abb. 1-3).

Verläuft die Entwicklung normal, kommt es im Laufe der ersten Lebensjahre zu einer allmählichen Integration dieser extrem guten und schlechten Selbst- und Objektrepräsentanzen, was in komplexere und realistischere innere Repräsentanzen des Selbst und des Anderen mündet und die Anerkennung der Tatsache nach sich zieht, dass Menschen eine Mischung aus guten und schlechten Attributen darstellen und die Fähigkeit besitzen, in manchen Momenten befriedigend, in anderen frustrierend zu sein (Abb. 1-4).

Kinder, die eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ausbilden, lassen diesen Integrationsprozess vermissen. Stattdessen wird die Trennung zwischen idealisierten und verfolgenden Anteilen der hochaffektiv besetzten Erfahrungen zu einer stabilen, wenngleich pathologischen intrapsychischen Struktur (s. Abb. 1-3). Mithilfe dieser Trennung sollen die idealisierten Repräsentanzen (durchzogen von warmen und liebenden Gefühlen gegenüber einem als optimal befriedigend erlebten Objekt) vor den negativen Repräsentanzen (an die Affekte von Wut und Hass gegenüber einem als verfolgend

Abb. 1-3 Organisation der Persönlichkeit auf der Basis von Spaltung: Bewusstsein für „nur gut“ und „nur schlecht“

- S- = von negativen Affekten durchzogene Selbstrepräsentanz
- O- = von negativen Affekten durchzogene Objektrepräsentanz
- S+ = von positiven Affekten durchzogene Selbstrepräsentanz
- O+ = von positiven Affekten durchzogene Objektrepräsentanz



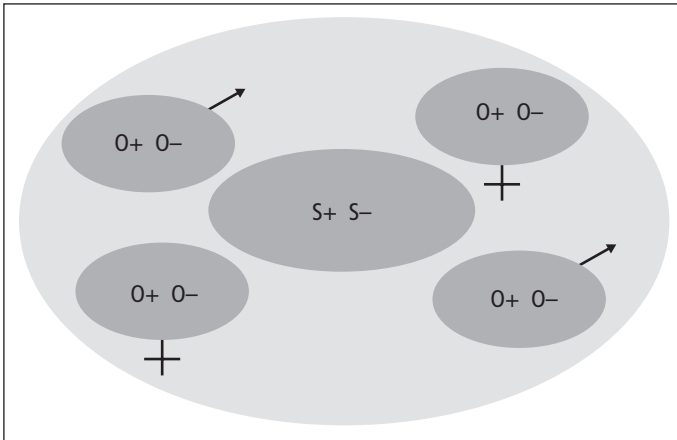


Abb. 1-4 Normale Persönlichkeitsorganisation: Bewusstsein für Integration/Komplexität
 $S + S$ = Komplexe Selbstrepräsentanz, die positive und negative Merkmale und Affekte gleichermaßen miteinschließt; $O + O$ = Objektrepräsentanz, die komplexer und differenzierter ist als die frühen primitiven Objektrepräsentanzen. Umfasst sowohl positive als auch negative Merkmale und Affekte, sowie Merkmale der Geschlechterdifferenzierung.

und verletzend wahrgenommenen Objekt geknüpft sind) geschützt werden.

Ein Aspekt, der die Objektbeziehungstheorie von rein kognitiven Ansätzen unterscheidet, liegt in der Betonung des Konzepts, dass es sich bei den genannten Repräsentanzen nicht nur um kognitive Bilder handelt, sondern um Repräsentanzen, die an heftige primitive Affekte gebunden sind, welche Hass auf das versagende Objekt miteinschließen. Da Hass als der Wunsch definiert ist, zu zerstören, was als schädigend wahrgenommen wird, ist im Rahmen dieser frühen psychischen Organisation eine Trennung der guten und schlechten Segmente notwendig, um die guten Selbst- und Objektrepräsentanzen vor der Zerstörungswut zu schützen, die mit den schlechten Selbst- und Objektrepräsentanzen in Verbindung gebracht wird. Bei dieser Trennung handelt es sich um den inneren Mechanismus der Spaltung, der als paradigmatisch für die primitiven Abwehrmechanismen anzusehen ist und eine zentrale Stellung in der Pathologie der Borderline-Persönlichkeit einnimmt.

Melanie Klein (1983a) sprach von dieser Spaltung der inneren Welt als der paranoid-schizoiden Position, die von nur-guten bzw. nur-schlechten inneren Repräsentanzen gekennzeichnet sei. Die paranoide Qualität resultiere aus der Tendenz, das schlechte und verfolgen-

de Objekt auf äußere Objekte zu projizieren und aus diesem Grund diese Aggression aus dem Außen zu fürchten. Die depressive Position wiederum werde nach der Integration guter und schlechter Anteile erreicht. Sie impliziere den Verlust des Bildes eines idealen versorgenden Objekts, das abgetrauert werden müsse, sowie das Erleben von Schuldgefühlen angesichts der Aggression, mit der jene bedacht wurden, die als ausschließlich böse und nicht als komplexe Andere mit sowohl guten als auch negativen Qualitäten wahrgenommen wurden.

Ein Ziel von TFP besteht darin, dem Patienten dabei zu helfen, sich von der paranoid-schizoiden hin zur depressiven Position zu entwickeln, an der es dann gilt, die mit dieser Position verbundenen Schwierigkeiten weiterzuarbeiten.

Gelingt es dem Kind nicht, sich dem Schlechten zu entziehen und das Gute zu erlangen, so signalisiert es der Bezugsperson sein Bedürfnis nach Hilfe. Eine Bezugsperson, die in der Lage ist, diese Signale zu lesen, weiß, wie sie affektiv und verhaltensmäßig auf das Kind zu reagieren hat. Ist jedoch das Interaktionssystem zwischen Kind und Bezugsperson durch eine abnorme Bindung verzerrt, erfährt das Kind überwältigende negative Affekte. Wie bereits beschrieben, schlägt in diesem Fall die

Integration affektiv gegenteiliger Erfahrungen fehlt. Bei einer Anhäufung derartiger negativer Erfahrungen führt ein insgesamt dissoziiertes motivationales System – welches unabhängig vom positiven und belohnenden motivationalen System funktioniert – zu einer ganzen Reihe von psychischen Mechanismen, mit deren Hilfe die Intensität negativer Affekte bewältigt werden soll. Projektive Abwehrmechanismen sollen von negativen Affekten befreien und diese als von außen kommend identifizieren. Andere primitive Abwehrformationen idealisieren manche Beziehungen als Schutz vor der Gefahr negativer Gedanken. Unrealistische idealisierte Verzerrungen wechseln sich ab mit unrealistischen paranoiden Verzerrungen.

Dieser Prozess beeinträchtigt Beziehungen: Jemand, der sich trotz innerer Konflikte eigentlich wohl fühlen könnte („ich fühle mich sicher“), erlebt statt dessen die Aggression als etwas Bedrohliches und von außen Kommendes und sieht sich selbst als deren Opfer, dessen einzige Überlebenschance darin besteht, sich zurückzuziehen oder zum Gegenschlag auszuholen. Vor diese Wahl gestellt, fällt die Identifizierung mit Anderen schwer und führt zu Defiziten in der Ausbildung eines inneren Moralsystems, was wiederum Brüche im sich entwickelnden Sozialsystem nach sich zieht.

Im Laufe der normalen Entwicklung kommt es zu einer Festigung von Verhaltensmustern, indem sich das sehr starke motivationale System der Abspaltung und Projektion negativer Affekte abschwächt und in die adaptiven Mechanismen und allgemeinen Strebungen des Einzelnen integriert wird, was wiederum die Anpassung an die Komplexität der realen Welt fördert. Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeit tun sich damit jedoch schwer, da sie kein integriertes Gefühl ihrer Person entwickeln und ihre Beziehungen zu Anderen ernsthaft gestört sind. Es gelingt ihnen nicht, ein integriertes Selbstgefühl zu erlangen, das es ihnen erlauben würde, ihre eigene psychische Befindlichkeit und die Anderer im Lichte einer positiv getönten Sicht menschlicher Interaktionen und ihrer selbst zu erkunden.

Gesunde und adaptive Selbstreflexion basiert somit auf einer ganzen Reihe von Mechanismen, nämlich der Internalisierung dyadischer Beziehungen, die mit der Integration eines Selbstkonzepts sowie eines Konzepts bedeutender Anderer einhergeht. Letztere versetzt uns in die Lage, eine tiefgreifende Sichtweise von einem anderen Menschen zu erlangen und sein konkretes Verhalten im Lichte seiner übergreifenden Verhaltensmuster zu beurteilen. Die Interpretation des eigenen Selbstkonzepts befähigt uns, einen momentanen Affektzustand im Kontext überdauernder Affektdispositionen zu beschreiben und zu differenzieren. Ist jedoch die Beurteilung des Anderen durch die Projektion innerer Bilder insgesamt verzerrt, kann über ihn nicht realistisch nachgedacht werden, sodass sein momentanes Verhalten nicht als ein aktueller emotionaler, zu abstrahierender Zustand, sondern als allgemeingültig interpretiert wird.

Temperamentsbedingte und kognitive Aspekte der Entwicklung

Persönlichkeit ist die Integration von Verhaltensmustern – welche ihre Wurzeln in Temperament, kognitiven Fähigkeiten und Charakter haben – sowie internalisierten Wertesystemen (Kernberg u. Caligor 2005). **Temperament** ist die konstitutionell bedingte Disposition, auf innere und äußere Stimuli mit einem bestimmten Reaktionsmuster zu antworten. Dieses Muster umfasst die Intensität, den Rhythmus und die Schwelle affektiver Reaktionen. Konstitutionell bedingte Schwellen für die Aktivierung positiver, lustvoller und belohnender, aber auch schmerzlicher Affekte stellen die wichtigste Verknüpfung zwischen biologischen und psychologischen Persönlichkeitsaspekten dar (Kernberg 1994). Intensität, Typus und Bandbreite affektiver Reaktionen bei Kindern in einem bestimmten Entwicklungsabschnitt sind für das Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO) von

großer Bedeutung. Es überrascht dabei nicht, dass die Affektentwicklung mit der Pflege des Kindes in Zusammenhang steht (Kochanska 2001). Wie man im Rahmen experimenteller Säuglingsbeobachtung feststellen konnte, sind Bindungsmuster zwischen Mutter und Kind bereits beim 14-Monate alten Säugling an einen bestimmten Affektausdruck geknüpft. Sicher gebundene Kinder werden weniger wütend, wohingegen unsicher gebundene Kinder mehr negative Affekte an den Tag legen.

Kognitive Prozesse spielen eine zentrale Rolle bei der Wahrnehmung von Realität und bei der Organisation von Verhalten gegenüber eindeutig benannten Zielen. Sie spielen eine ebenso zentrale Rolle in der Entwicklung und Modulierung affektiver Reaktionen. Kognitive Repräsentanzen von Affekten beeinflussen wiederum deren Aktivierungsschwelle. Diese kognitiven Prozesse sind von zentraler Bedeutung, wenn es um die Umwandlung primitiver Affektzustände in komplexe emotionale Erfahrungen geht. Über die Integration von „Lernen am Modell“ sowie temperamentsbedingten Dispositionen bilden sich kognitive Fähigkeiten zur Aufmerksamkeitsregulierung und dadurch bedingten bewussten Verhaltens- und Affektkontrolle heraus (*effortful control*). Von einer Reihe von Forschern (Ahadi u. Rothbart 1994, Rothbart et al. 2000) wird *effortful control* als ein Aspekt der Selbstregulation von Temperament angesehen und als Fähigkeit, dominante Reaktionen zugunsten einer subdominanten Reaktion zu hemmen (Posner u. Rothbart 2000; Posner et al. 2002; Rothbart u. Bates 1998). Die Fähigkeit zu *effortful control* bedeutet, die eigene Aufmerksamkeit aus freien Stücken hemmen, aktivieren oder verändern und die daran geknüpften nachfolgenden Affekte potenziell modifizieren bzw. modulieren zu können. Es gibt zunehmend empirische Belege dafür, dass die Ausbildung der Fähigkeit zu *effortful control* bei Säuglingen und Kleinkindern von zentraler Bedeutung ist für die Regulierung von Affekten sowie die Entwicklung von sozialen Beziehungen und des Bewusstseins (Eisenberg et al. 2004).

Charakter – die auf der Ebene des Verhaltens sich manifestierende Identität eines Menschen – ist die dynamische Organisation von Verhaltensmustern, die einzigartig für ein bestimmtes Individuum sind. Charakter umfasst das Organisationsniveau von Verhaltensmustern sowie den Grad an Flexibilität oder Rigidität von Verhaltensmustern über unterschiedliche Umweltbedingungen hinweg. **Identität** wiederum (welche sich aus Selbstkonzepten und den Konzepten bedeutsamer Anderer zusammensetzt) stellt jene psychische Struktur zur Verfügung, die die dynamische Organisation des Charakters bestimmt. Die Ausbildung von Selbst- und Fremdkonzepten setzt bereits früh in der Entwicklung ein und ist vom Auftauchen der Sprache sowie der Enkodierung des semantischen und episodischen Gedächtnisses abhängig. Als autobiografisches Gedächtnis gilt jene Form des episodischen Gedächtnisses, das persönliche und überdauernde Konzeptionen der eigenen Geschichte über die Zeit hinweg bildet (Nelson u. Fivulsh 2004). Die Entwicklung von Selbstrepräsentanzen wiederum durchläuft unterschiedliche Phasen, beginnend bei unrealistisch positiven Einschätzungen, die durch ein Ganz-oder-gar-nicht-Denken gekennzeichnet sind, bis hin zur Präsenz positiver und negativer Einschätzungen in der mittleren und späten Kindheit, die mit der Fähigkeit einhergehen, gegensätzliche Attribute zu integrieren (Harter 1999). Störungen in der Beziehung zwischen einem Kind und seiner Bezugsperson sowie Traumata haben tiefgreifende Auswirkungen auf die sich entwickelnden Selbst- und Fremdkonzepte (Harter 1999). Obwohl sexueller Missbrauch in der Geschichte mancher Borderline-Patienten eine Rolle spielt, so stimmen wir doch mit jenen Forschern überein, die gerade in Vernachlässigung, Gleichgültigkeit und Empathiemängeln seitens der Bezugspersonen zusätzliche Faktoren mit verheerenden Auswirkungen auf die psychische Entwicklung des Kindes sehen (Cicchetti et al. 1990; Westen 1993). Die auf dieser Basis entstehenden unsicheren Bindungen interferieren mit der Ent-

wicklung von Fähigkeiten zur *effortful control* und Selbstregulation. Darüber hinaus wird die Internalisierung von Selbst- und Fremdkonzepten durch heftige negative Affekte sowie Abwehrbewegungen beeinträchtigt, die das Informationssystem zur Vermeidung von Schmerz verzerren.

Schließlich ist auch das **System internalisierter Werte** für die Organisation und Leitung von Verhaltensmustern von Bedeutung. Entwicklungspsychologisch entsteht dieser moralische Kompass aus elterlichen Verboten und Werten. Kochanska und ihre Kollegen untersuchten in einer Reihe von Studien die Entwicklung von *effortful control* im Zusammenhang mit dem auftauchenden Bewusstsein eines Kindes. Im Alter von 45 Monaten, so die Forscherin, erscheine *effortful control* als *trait*-ähnlicher Persönlichkeitszug. Kinder, deren Fähigkeit zu *effortful control* besser ausgebildet ist, seien auch in ihrer Bewusstseinentwicklung weiter fortgeschritten und zeigten weniger Externalisierungsprobleme. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass die Entwicklung einer besseren Aufmerksamkeitskontrolle (*effortful control*) mit geringerer Affektintensität korreliert – ein Ergebnis, das auch dann zu beobachten ist, wenn man das spezifische Verhalten von Kindern im Umgang mit Schwierigkeiten in Betracht zieht (Kochanska u. Knaack 2003).

Wir können somit das Bild eines Entwicklungsweges nachzeichnen, das durch das Zusammenfließen von *effortful control* und anderen selbstregulativen Fertigkeiten charakterisiert ist, die wiederum einer nährenden und auf sicherer Vorhersehbarkeit und Regelmäßigkeit basierenden Mutter-Kind-Beziehung entspringt. Die Interaktion einer wohlwollenden, empathischen und aufmerksamen Bezugsperson mit ihrem Kind gibt den Weg frei für wachsende Selbstregulation, das Vorherrschen positiver über negative Affekte, die einsetzende Entwicklung des Bewusstseins sowie problemloses In-Beziehung-Treten mit Gleichaltrigen. Dieser normale Entwicklungsweg wird von einer Umgebung, die durch körperli-

che oder emotionale Vernachlässigung sowie körperliche Misshandlung und sexuellen Missbrauch gekennzeichnet ist, unterbrochen. Die Folge sind schlechte Selbstregulation, negative Affekte, Brüche in den Selbst- und Fremdkonzepten des Kindes sowie gestörte Beziehungen zu Gleichaltrigen. Bislang liegen keine Entwicklungsstudien von Borderline-Patienten vor, doch ähnelt das Bild der Erwachsenenversion einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation mit der für sie typischen Identitätsdiffusion, dem Vorherrschen negativer Affekte, schlecht ausgebildeter Fähigkeit zur Selbstregulation sowie Beziehungstörungen.

Ein psychoanalytisches Nosologie-Modell

Im Bemühen, die Reliabilität von Diagnosen zu erhöhen, versucht das DSM, diagnostische Kriterien in beobachtbaren Verhaltensstrukturen zu verankern. Dieser Ansatz ist insofern begrenzt, als die gleichen Verhaltensweisen sehr unterschiedliche Funktion und Bedeutung haben können (Horowitz 2004), je nachdem, welche Persönlichkeitsorganisation ihnen zugrunde liegt (Kernberg u. Caligor 2005). So kann Schüchternheit oder Gehemmtheit im öffentlichen Raum auf eine schizoide oder ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung hinweisen.

Das gleiche, nach außen hin zu beobachtende Verhalten kann jedoch auch paranoide Vorsicht oder aber die Zurückhaltung einer narzisstisch-grandiosen Persönlichkeit widerspiegeln, die davor zurückschreckt, ihre große Bedürftigkeit preiszugeben. Im DSM-IV-TR wurde diesem Umstand implizit Rechnung getragen, indem identische Kriterien unter verschiedenen Achse-II-Persönlichkeitsstörungen aufgelistet werden.

Unsere grundlegende Prämisse ist, dass sich Persönlichkeit und ihre Pathologie nur verste-

hen lassen, indem beobachtbares Verhalten zum jeweils subjektiven Erleben und der zugrunde liegenden psychischen Strukturen in Bezug gesetzt wird. Entsprechend haben wir ein psychoanalytisches Nosologie-Modell entworfen, das auf diesen Elementen basiert. Die

Abbildungen 1-5 und 1-6 zeigen eine theoretische Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. Diese umfasst die kategorialen (d. h. Störungsbilder, wie sie im DSM-IV-TR aufgeführt sind) und dimensional Konstrakte (d. h. den relativen Grad an aggressiver Durchdrin-

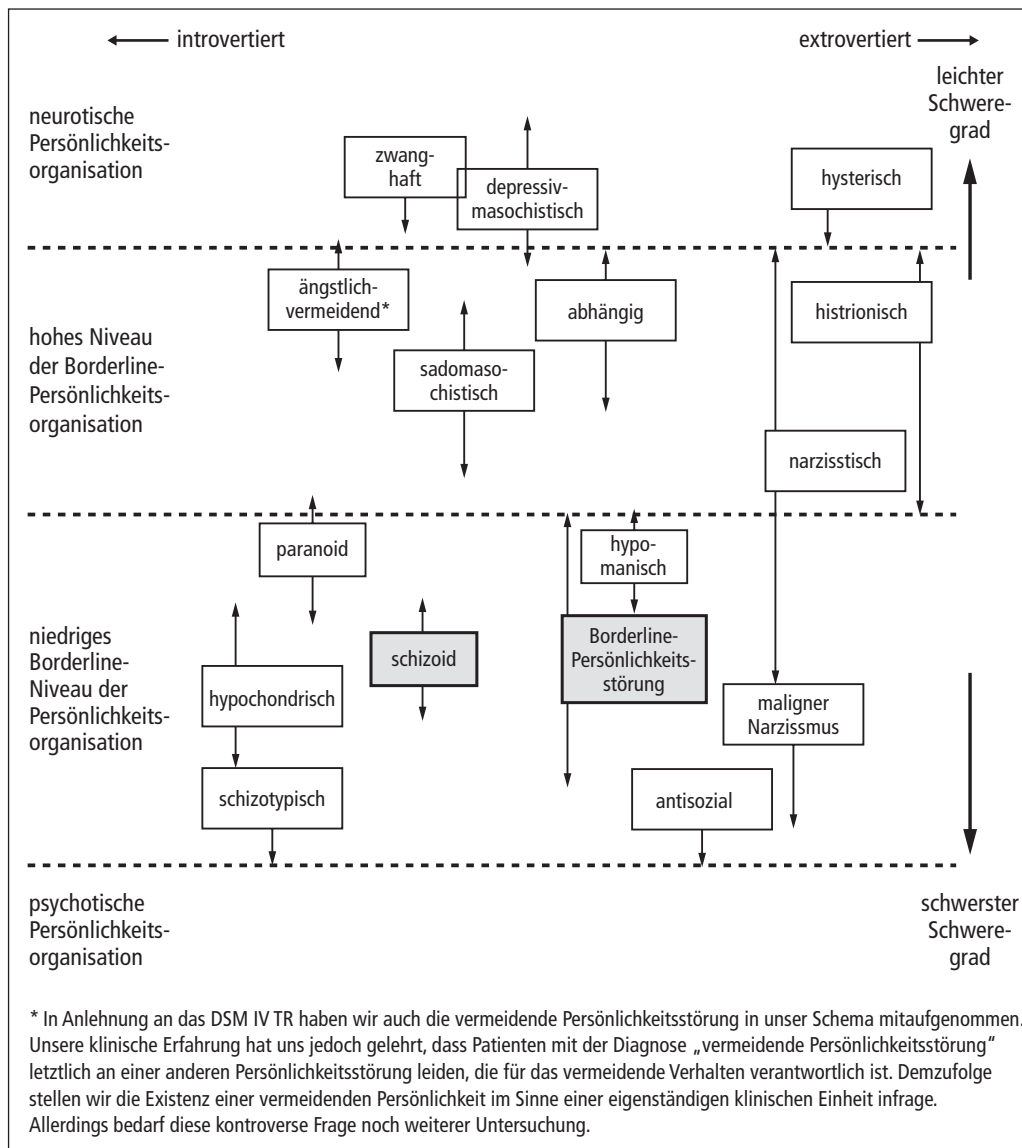


Abb. 1-5 Die Beziehungen zwischen den bekannten Persönlichkeitsprototypen und strukturellen Diagnosen untereinander; der durch die Pfeile angezeigte Schweregrad der beeinträchtigten Persönlichkeitsorganisation reicht von der mildesten Form (ganz oben in der Abbildung) bis hin zur extremsten Ausprägung (ganz unten in der Abbildung).

gung des psychischen Lebens; Introversion versus Extraversion), um die gesamte Bandbreite an Persönlichkeitsstörungen verstehbar zu machen.

In Kapitel 11 (Veränderungsprozesse in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie –

Theorie und Empirie, S. 279) werden wir empirisches Datenmaterial vorstellen, das mit dieser allgemeinen Topografie der Persönlichkeitspathologie konsistent ist.

Auf der Verhaltensebene zeigt sich die Pathologie einer Persönlichkeit entweder durch

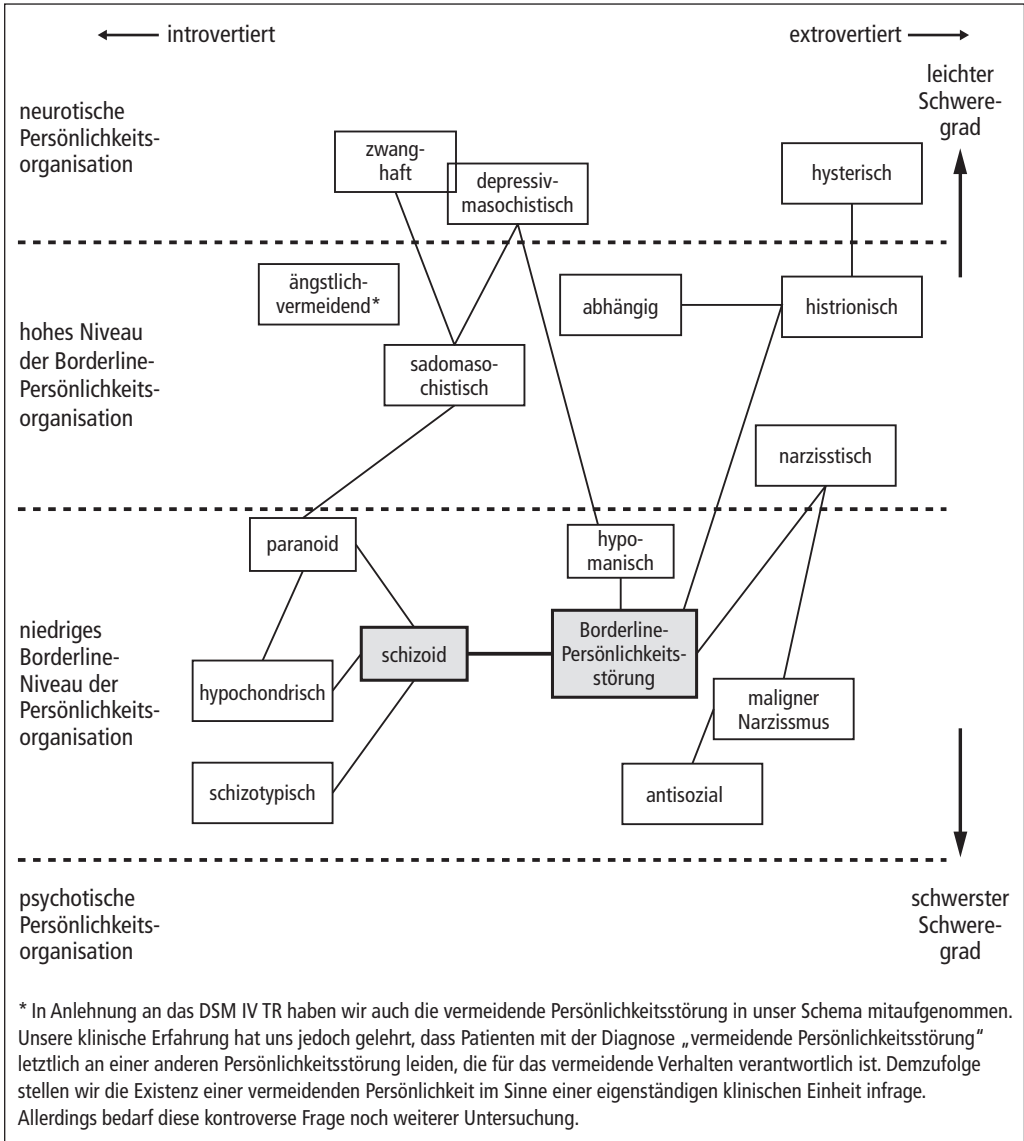


Abb. 1-6 Übergänge und klinisch relevante Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen untereinander; die grauen Linien zeigen die klinisch relevanten Beziehungen der einzelnen Störungen untereinander an.

Hemmung oder Übersteigerung bestimmter Verhaltensweisen sowie durch das Oszillieren zwischen widersprüchlichen Verhaltensweisen. Auf struktureller Ebene kann die Persönlichkeit entweder mit einem kohärenten und integrierten Selbst- und Fremdkonzept ausgestattet oder aber durch das Fehlen dieses kohärenten Identitätsgefühls gekennzeichnet sein (Identitätsdiffusion; Kernberg u. Caligor 2005, S. 6). Wenn wir das Identitätskonzept unter Berücksichtigung der damit in Zusammen-

hang stehenden Konzepte von Abwehr, Realitätsprüfung, Objektbeziehungen, Aggression und moralische Werten betrachten, so lassen sich unterschiedliche Grade oder Ebenen der Persönlichkeitsorganisation konzeptualisieren. Diese reichen von einer gesunden bis hin zu einer dysfunktionalen Organisation der Persönlichkeit, und ihre Störungsgrade umfassen das gesamte Spektrum von normal über neurotisch bis hin zu Borderline (Tab. 1-2).

Tab. 1-2 Die Ebenen der Persönlichkeitsorganisation

	Borderline-Persönlichkeitsorganisation	Neurotische Persönlichkeitsorganisation	Normale Persönlichkeitsorganisation
Identität	Inkohärentes Selbst- und Fremdepfinden; große Defizite in den Bereichen Arbeit und Freizeit	Kohärentes Selbst- und Fremdepfinden; Funktionalisieren in den Bereich Arbeit und Freizeit	Integriertes Selbst- und Fremdepfinden; Funktionalisieren in den Bereichen Arbeit und Freizeit
Abwehrmechanismen	Einsatz primitiver Abwehrmechanismen	Einsatz höher entwickelter Abwehrmechanismen; Rigidität	Einsatz reiferer Abwehrmechanismen; Flexibilität
Realitätsprüfung	Unbeständig-instabile Einfühlung in Kriterien der sozialen Realität; Mangel an subtilem Taktgefühl	Genaue Selbst- und Fremdwahrnehmung, bzw. Innen vs. Außen; Einfühlung in Kriterien der sozialen Realität	Genaue Selbst- und Fremdwahrnehmung, bzw. Innen vs. Außen; Einfühlung in Kriterien der sozialen Realität
Aggression	Gegen das eigene Selbst gerichtete Aggression; teilweise Fremdaggression; in schweren Fällen Hass	Gehemmte Aggression; Wutausbrüche, gefolgt von Schuldgefühlen	Modulierter Ärger; angemessene Selbstbehauptung
Internalisierte Werte	Widersprüchliches Wertesystem; Unfähigkeit, gemäß den eigenen Werten zu leben; signifikanter Mangel an Werten	Übersteigerte Schuldgefühle; teilweise unflexibler Umgang mit der eigenen Person	Stabil, unabhängig und individuell
Objektbeziehungen	Gestörte interpersonelle Beziehungen; fehlende oder chaotische sexuelle Beziehungen; verwirrende innere Arbeitsmodelle von Beziehungen; schwere Beeinträchtigungen in Liebesbeziehungen	Partielle sexuelle Hemmung bzw. Schwierigkeiten, Sexualität und Liebe zu integrieren; tiefe Beziehungen zu anderen, teilweise konflikthaft eingeschränkt	Lang anhaltende und tiefe Beziehungen zu Anderen; Fähigkeit, sexuelle Intimität und Zärtlichkeit zu verbinden; kohärente Arbeitsmodelle von Beziehungen

Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation

Die auf Borderline-Niveau organisierte Persönlichkeit umfasst sowohl bestimmte, im DSM-IV-TR beschriebene, Persönlichkeitsstörungen (Borderline-, schizoide, schizotype, paranoide, histrionische, narzisstische, antisoziale und abhängige Persönlichkeitsstörung) sowie andere Persönlichkeitsstörungen, die nicht gesondert im DSM-IV-TR aufgeführt werden (hypomanische Persönlichkeitsstörung, sadomasochistische Persönlichkeitsstörung, Hypochondrie, sowie das Syndrom des malignen Narzissmus) (Kernberg u. Caligor 2005).

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO) unterliegen dem Einfluss nicht integrierter primitiver und heftiger Emotionen, die nicht kontrolliert werden können. Ihre Aktivierung erfolgt mit den entsprechenden kognitiven Systemen. Die betreffende Person wird nicht nur wütend, sondern ist der Überzeugung, gute Gründe für ihren Ärger zu haben – eine Reaktion, die nicht nur eine Dysregulation des Affekts, sondern auch der Kognition widerspiegelt.

Konstituierende Elemente der Borderline-Persönlichkeitsorganisation

Patienten mit einer BPO zeichnen sich aus durch Identitätsdiffusion, den Einsatz primitiver Abwehrmechanismen, eine grundsätzlich funktionierende, jedoch brüchige Realitätsprüfung, Beeinträchtigungen in der Regulierung von Affekten sowie sexueller und aggressiver Gefühle, inkonsistente internalisierte Werte, sowie gestörte Beziehungen zu anderen (Tab. 1-2).

Die pathologische Struktur der BPO besteht in der fehlenden Integration der primitiven positiven (idealisierten) und negativen (verfolgenden) Segmente früher Objektbeziehungen, die

als Erinnerungsspuren im Laufe der frühen und intensiven Affekterfahrungen entstanden sind. Dieser Mangel an innerer Integration konstituiert das Syndrom der *Identitätsdiffusion* – das Gegenteil, wenn man so will, einer normalen Identität bzw. eines normalen Selbstempfindens –, das den Kern der BPO ausmacht und durch das Fehlen eines integrierten Selbst- und Fremdkonzeptes charakterisiert ist. Klinisch manifestiert sich dieser Mangel an Integration innerer Selbst- und Objektrepräsentanzen als unreflektierte, widersprüchliche oder chaotische Selbst- und Fremdbeschreibungen, sowie als Unfähigkeit, sich dieser Widersprüche bewusst zu werden oder sie zu integrieren: eine Unfähigkeit, die sich ganz fundamental auf das subjektive Erleben in der Welt auswirkt.

Auf der Verhaltensebene zeigt sich eine Borderline-Struktur als emotionale Labilität, Wut, interpersonelles Chaos, impulsives selbstdestruktives Verhalten, sowie mangelhafte Realitätsprüfung (d. h. die im DSM-IV-TR aufgeführten Symptome). Typisch für das diffuse und fragmentierte Identitätserleben in diesem Zusammenhang ist das Oszillieren zwischen sanfter Hilflosigkeit und zornerfüllter, tyrannischer Aggression sich selbst und anderen gegenüber.

Unreife Abwehrmechanismen

Der Einsatz unreifer Abwehrmechanismen manifestiert sich in Verhaltensweisen, die den Patienten in seiner Beziehung zu sich und zu seiner Umwelt massiv beeinträchtigen und im Rahmen der Therapie die Interaktion zwischen Patient und Therapeut verzerren. Die Aufgabe von Abwehrmechanismen besteht ganz allgemein darin, zwischen konflikthaften Wünschen und Bedürfnissen zu vermitteln und den dadurch entstehenden Druck infolge unterschiedlicher Affektzuständen und Triebe, internalisierten Triebverboten und äußerer Realität zu bewältigen. Eine erfolgreiche reife Abwehr reduziert die aus diesen Konflikten

entstehende Angst auf ein Minimum und erhöht die Fähigkeit des Einzelnen zu innerer und äußerer Flexibilität sowie seine Fähigkeit, in der Liebe und bei der Arbeit erfolgreich zu sein. Im Laufe der normalen psychischen Entwicklung werden die unreifen, in der Kindheit vorherrschenden Abwehrmechanismen von reiferen Formationen abgelöst, z. B. von Rationalisierung, Intellektualisierung, Humor und Sublimierung.

Auch wenn unreife Abwehrmechanismen immer einen ersten Versuch der Angstbewältigung darstellen, verhindern ihre Rigidität und Inflexibilität die erfolgreiche Anpassung an die äußere Realität. Ihre Entstehung geht auf die ersten Lebensjahre zurück, in denen das Kind versucht, mit dem Aufeinandertreffen heftiger Affekte in Beziehung zu den damit verbundenen Trieben und zur äußeren Realität fertig zu werden. Die ursprüngliche Strategie, sich vor der Angst vor kollidierenden libidinösen und aggressiven Affekten zu schützen, besteht darin, diese streng voneinander getrennt zu halten, sie aber auch von den Objekten fernzuhalten. Unreife Abwehrmechanismen organisieren sich um den Modus der Spaltung, jener radikalen Trennung von guten und schlechten Affekten sowie guten und bösen Objekten. Mithilfe dieser Trennung sollen idealisierte Anteile der inneren Welt vor aggressiven Anteilen geschützt werden, was jedoch nur auf Kosten einer Integration dieser Bilder möglich ist (s. Abb. 1-3, S. 5). Da diese Abwehroperationen eine erfolgreiche kognitive Verarbeitung der äußeren Welt sowie der inneren Affekte behindern, kommt es auf der Verhaltensebene oft nicht zu einer innerpsychischen Bewältigung, sondern zu Stress.

Eine auf Spaltung basierende innerpsychische Organisation prägt die Wahrnehmung der Welt im Sinne kategorischer Festschreibungen. Meinungen und Ansichten werden vehement, aber inkonsequent vertreten. Die Dinge sind entweder gut oder schlecht. Was jedoch gut oder schlecht ist, kann sich – je nach Situation – sehr schnell ändern. Es sind gerade diese abrupten Veränderungen, die zum chaotischen

Lebensstil von Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation beitragen. So kann eine vermeintliche Enttäuschung durch einen Freund zum sofortigen Beziehungsabbruch führen. Genauso schnell jedoch wird die Beziehung wieder aufgenommen, wenn es zu positiven Erfahrungen kommt. Diese Positiv-/Negativhaltung gegenüber der Welt wirkt sich auf die Stimmung der betreffenden Person aus: Eine einzige Frustration kann in eine depressive Verstimmung münden, in der alles nur noch schwarz gesehen wird. Ein glücklicher Umstand wiederum kann zu vorübergehender Euphorie führen. Was bleibt, ist die rigide Aufteilung von „gut“ und „schlecht“, in der wenig Flexibilität herrscht im Umgang mit der Komplexität der Welt, vor allen Dingen aber mit den Interaktionen und Beziehungen der Menschen untereinander. Die feinen Schattierungen einer Situation werden nicht erkannt, ebenso wenig wie Ambiguität ausgehalten wird. Dies erhöht die Anfälligkeit für Wahrnehmungsverzerrungen, da die äußere Realität durch eine rigide und unreife innere Struktur gefiltert (d. h. ihr angepasst) wird. Spaltung trägt also nicht zu einer erfolgreichen Anpassung an das Leben bei, sondern erklärt einen Großteil des emotionalen und interpersonellen Chaos sowie der Symptomatik von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation.

Nichtsdestotrotz haben alle Segmente der Spaltung Zugang zum Bewusstsein, wenngleich in einer zusammenhangslosen, abrupten und dissoziierten Form. Widersprüchlichkeit in Denken, Affekt und Verhalten wird durchaus toleriert, jedoch auf chaotische Art und Weise. Ein gesünderer, neurotischer Mensch erlebt den Durchbruch verdrängten Materials in Form von Träumen oder Phantasien rein kognitiv, ohne die entsprechende Heftigkeit des Affekts oder des Wunsches. (In der Regel geht die Bewusstwerdung verdrängten Materials mit einer unspezifischen Angst einher.) Im Falle einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation hingegen erfolgt die Bewusstwerdung abgespaltenen Materials mit

der ganzen affektiven Heftigkeit, die für das emotionale Chaos verantwortlich ist, das die betreffende Person in dieser Situation erlebt. Der Mechanismus der Spaltung (oder primitiven Dissoziation) wird durch Vorgänge der projektiven Identifizierung verstärkt – eine in der BPO vorherrschende Abwehrformation, die einer unreifen Form der Projektion entspricht. Sie ist charakterisiert durch die unbewusste Tendenz, das Projizierte in einen bedeutsamen Anderen zu induzieren, um ihn – bzw. den projizierten Selbstanteil des Patienten – zu kontrollieren. Omnipotenz, omnipotente Kontrolle (Kernberg 1995b), primitive Idealisierung, Entwertung und Verleugnung stellen allesamt unreife Abwehrmechanismen dar, die die Vorgänge der Spaltung und projektiven Identifizierung ergänzen bzw. verstärken.

Realitätsprüfung

Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO) oder einer neurotischen Persönlichkeitsorganisation (NPO) verfügen über eine intakte Realitätsprüfung, d. h. die Fähigkeit, sich mit den herkömmlichen Kriterien der sozialen Realität zu identifizieren. Allerdings unterliegt im Falle von Borderline-Patienten die Realitätsprüfung Schwankungen, die man so bei neurotischen Patienten nicht antrifft. In sozialen Interaktionen, insbesondere unter Stress, kann das Gespür für Takt verloren gehen, und Patienten mit BPO regredieren rascher auf eine Ebene paranoiden Denkens. Im Gegensatz dazu verfügen Menschen mit einer neurotischen Persönlichkeitsorganisation über ein sehr viel feineres Gespür für Takt, Einfühlung, Diskretion und Selbstreflexion.

Objektbeziehungen

Wenn es im Zuge der normalen Entwicklung zur Integration früher innerer Objektbeziehungen kommt, verknüpfen sich die inneren

Objektbeziehungsdyaden zu umfassenderen Organisationsstrukturen, die letztlich den psychischen Apparat – Ich, Es, Überich – bilden (Kernberg 1988). Die relativ stabilen Konflikte zwischen diesen psychischen Strukturen unterliegen neurotischen Symptomen. Im Falle einer Borderline-Organisation hingegen wurden diese organisierten psychischen Strukturen nicht konsolidiert, sondern es bleibt bei jenen unreifen, nicht unbedingt akkuraten, inneren Selbst- und Objektrepräsentanzen der ersten Lebensjahre. Dies hat zum einen eine Weltsicht zur Folge, in der sich nährend und bestrafend-versagende Objekte abwechseln, ohne sich in einem realistischen Mittelbereich zu treffen; zum anderen ein nur schwach ausgebildetes Selbstgefühl, das zwischen den Extrempolen eines (mehr oder weniger bewusst) bedürftig-hilflosen und eines omnipotenten Selbst hin und her schwankt.

Eine Störung der Objektbeziehungen zeigt sich in einem Mangel an Einfühlung und reifer Einschätzung anderer Menschen. Andere werden entweder idealisiert, entwertet oder als verfolgend erlebt. Menschen mit einer BPO tun sich schwer, Liebesbeziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten. Sexualität ist häufig entweder gehemmt oder aber chaotisch.

Moralische Werte

Das Überich konstituiert sich entwicklungspsychologisch durch aufeinander folgende Schichten internalisierter Selbst- und Objektrepräsentanzen (Jacobson 1973; Kernberg 1985). Die erste Entwicklungsschicht spiegelt das fordernde und unreife Moralempfinden des Kindes wider, das auf das von der Bezugsperson geforderte Verbot zurückgeht, aggressive und sexuelle Triebwünsche sowie Abhängigkeitsimpulse zu äußern. Die zweite Schicht stellt die idealisierten Selbst- und Objektrepräsentanzen dar, die die frühen Kindheitsideale widerspiegeln. Die dritte Schicht schließlich entwickelt sich aus der Integration und Mäßigung frühester verfolgender und idealisieren-

der Überich-Funktionen, die dadurch eher der Realität entsprechen und so die Internalisierung realistischer elterlicher Ge- und Verbote erleichtern. Diese dritte Schicht eines integrierten Überichs, die als internalisiertes Wertesystem fungiert, ermöglicht es dem Einzelnen, sich von äußerer Bestätigung und Verhaltenskontrolle unabhängiger zu machen und sich verbindlicher auf Werte und andere Menschen einzulassen.

Je schwerwiegender die Überich-Pathologie – in ihrer extremsten Ausprägung haben wir es mit der Antisozialen Persönlichkeitsstörung zu tun –, desto schlechter die Prognose. Dieser Befund bleibt über die verschiedenen Ansätze zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen hinweg stabil. Eine ähnliche Bedeutung im Sinne eines zentralen prognostischen Faktors kommt in diesem Zusammenhang nur noch dem Vorhandensein (oder Fehlen) intensiver Beziehungen zu bedeutsamen Anderen zu, wie chaotisch oder gestört diese auch immer sein mögen. Mit anderen Worten, je schwerer das antisoziale Verhalten und je isolierter ein Patient über einen längeren Zeitraum hinweg, desto schlechter die Prognose. Umgekehrt sind die Aufrechterhaltung von Beziehungen und das Fehlen antisozialer Merkmale in allen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren als prognostisch günstig zu werten.

Aggression

Die zentrale Rolle unserer konstitutionell bedingten Affekte, die die frühesten mächtigen Antriebskräfte menschlichen Verhaltens darstellen, wurde bereits an anderer Stelle des vorliegenden Kapitels ausgeführt (siehe „Motivationale Aspekte und innere Objektbeziehungen“, S. 5 sowie „Entwicklungsfaktoren“, S. 2). Affekte manifestieren sich bereits in den frühesten Phasen der Entwicklung. Über die Interaktion mit der Umwelt, vor allem aber den wichtigsten Bezugspersonen werden befriedigende Affekte als Libido, und schmerzliche bzw. negative Affekte als Aggression organi-

siert. Wut ist der Basisaffekt der Aggression und liegt weiteren Differenzierungen in Hass, Neid, Ärger und Reizbarkeit zugrunde. Ähnlich bildet sexuelle Erregung den Kernaffekt der Libido, die sich aus den frühen Erfahrungen von Hochstimmung und sinnlichem Lustempfinden an der Körperoberfläche entwickelt.

Die innere Objektwelt von Menschen, deren Persönlichkeit auf Borderline-Niveau organisiert ist, ist verzerrt und wird von negativen Affekten beherrscht. Affekte können insofern als die primären psychischen Antriebskräfte bezeichnet werden, als sie dafür sorgen, dass wir das suchen, was befriedigend ist, und das fliehen, das unbefriedigend, schmerzlich oder verletzend ist. Unabhängig davon, was dem negativen Affekt zugrunde liegt (eine konstitutionell bedingte negative Affekthyperreaktivität, oder aber umweltbedingte Erfahrungen von Traumata, von gestörten Beziehungen zu den wichtigsten Bezugspersonen oder von überwältigendem Schmerz) – die inneren Verzerrungen definieren für den Einzelnen, was er oder sie fühlt, und was die Dinge bedeuten. Die schwereren Borderline-Störungen auf niedrigem Organisationsniveau (s. Abb. 1-5 unten) sind durch einen höheren Grad an aggressiver Durchdringung charakterisiert. Patienten auf einem niedrigen BPO-Niveau erleben mehr offene Aggression, die auch ihre Objektbeziehungen durchdringt, und weisen schwerwiegende Lücken in ihrer Überich-Entwicklung auf. Um in der Terminologie des DSM-IV-TR (Achse II) zu sprechen: Ein niedriges Borderline-Strukturniveau geht häufig einher mit einer narzisstischen, paranoiden und antisozialen Persönlichkeitsstörung bzw. entsprechenden Persönlichkeitszügen. Wie wir in nachfolgenden Kapiteln noch näher ausführen werden, sind Patienten mit niedrigem BPO-Niveau schwerer zu behandeln als Patienten mit einer höher strukturierten Borderline-Persönlichkeit, bzw. bewegen sich an der Grenze der Therapiefähigkeit (Koenigsberg et al. 2000b; Stone 2006). Wessen Störungsgrad weniger stark ausgeprägt ist

(s. Abb. 1-5 oben), kann Abhängigkeit gegenüber wichtigen Bezugspersonen besser ertragen, sich mehr auf das Berufliche und die sozialen Kontakte einlassen und zeigt insgesamt weniger unspezifische Merkmale einer Ich-Schwäche.

Die neurotische Persönlichkeitsorganisation

Im Gegensatz zur BPO verfügen Menschen mit neurotischer Persönlichkeitsorganisation (NPO) über eine integrierte Identität (d. h. ein integriertes Gefühl für sich selbst und andere). Ihre Abwehr ist im Allgemeinen reifer und bewegt sich auf der Ebene der Verdrängung, weniger auf der der Spaltung. Sie geht nicht mit bestimmten Verhaltensmerkmalen einher, die die Interaktionen im zwischenmenschlichen Bereich des Patienten unmittelbar verzerren, sondern impliziert, im Gegensatz zur Spaltung, integrierte, ich-syntone und im Charakter verankerte Dyaden, die ein konsistentes Selbstkonzept definieren und dadurch eine Stabilität sicherstellen, die der BPO fehlt. Ein typisches Beispiel dieser Abwehrformation ist die *Reaktionsbildung*. Ein neurotischer Aggressionskonflikt kann auf bewusster Ebene bedeuten, sich als höflich, jedoch unterwürfig gegenüber einer mächtigen Autorität zu erleben, während gleichzeitig eine andere Dyade konsistent verdrängt wird, in der ein rebellisches Selbst eine sadistische Autorität aggressiv herausfordert. (Diese Deutung wird auf bewusst-vorbewussten Erfahrungsebenen reflektiert, wobei die Verdrängung an sich ein Hinweis dafür ist, dass die als bedrohlich erlebte Objektbeziehung nicht mehr mit den Selbst- und Fremdkonzepten des Betroffenen kompatibel ist.) Diese zweite Dyade unterliegt der konsequenten Verdrängung und hat keinen Zugang zum Bewusstsein, außer im Falle der Regression, wie etwa in explosiven, ärgerlichen Wutausbrüchen oder aber in der Bil-

dung neurotischer Symptome. Neurotische Persönlichkeitsorganisationen bilden weniger schwere Persönlichkeitsstörungen aus, insbesondere die hysterische, zwanghafte und depressiv-masochistische (s. Abb. 1-5).

Die Psychopathologie des Hasses: Haupthindernis der libidinösen Entwicklung

Mehr als andere Theorien fokussiert der objektbeziehungstheoretische Behandlungsansatz der Borderline-Pathologie die Rolle der Aggression (Beck et al. 2004; Linehan 1993; Young 1994). Andere Konzeptualisierungen, zu denen auch einige psychodynamische Ansätze gehören (Bateman u. Fonagy 2004; Buie u. Adler 1982/3; Kohut 1973; Masterson u. Rinsley 1975) sehen die Aggression als wütende Reaktion auf schlechte Behandlung, ohne die Rolle endogener Aggression näher zu erläutern. In der Tat wird uns zuweilen vorgehalten, die Bedeutung von Wut und Aggression übermäßig zu betonen und Borderline-Patienten als schlechte Menschen darzustellen. Wir möchten an dieser Stelle unsere Position wie folgt klarstellen:

Wir sehen Aggression als konstitutionelle Komponente eines jeden Individuums, d. h. als ein Ergebnis der menschlichen Evolution, das neurobiologisch verankert ist (Panksepp 1998).

Darüber hinaus ist es eine unzulässige Vereinfachung, Aggression mit „Schlechtigkeit“ gleichzusetzen. Evolutionsgeschichtlich diente Aggression dem Schutz der Jungen und der Sicherung von Nahrungsquellen und Lebensraum. In einem zivilisierten Kontext können aggressive Triebe kontrolliert und in den Dienst von Selbstbehauptung, Kreativität und Führungsqualitäten gestellt werden. Die simplifizierte Vorstellung, Aggression sei nur schlecht, hat zur Folge, dass nur die gute Seite der frühen psychischen Entwicklung ein wünschenswerter Zustand sei. Da jedoch die nur-

guten Selbst- und Objektrepräsentanzen ebenso wenig realistisch sind wie die nur-schlechten, müssen auch sie überwunden werden, um eine Anpassung an die Realität zu ermöglichen. Schließlich sind wir der Auffassung, dass man einem Patienten oft helfen muss, seine Aggression anzuerkennen, zu verstehen und zu integrieren, um eine Entwicklung zu mehr Liebesfähigkeit zu ermöglichen, die durch unverarbeitete und unintegrierte Aggression blockiert sein kann.

Im Laufe der normalen Entwicklung kommt es zu einer Integration der abgespaltenen und schlechten psychischen Anteile, was wiederum eine innere Welt entstehen lässt, die nicht mehr durch Spaltung charakterisiert ist – sondern durch Selbst- und Objektrepräsentanzen, die sowohl gut als auch schlechte Merkmale in sich vereinigen – und von daher einen flexibleren Umgang mit den Komplexitäten der äußeren Welt erlaubt (Abb. 1-4, S. 6). Aus idealen Versorgungern einerseits und sadistischen Verfolgern andererseits werden realistische Gegenüber, die „gut genug“ sind. Diese Integration innerer Bilder verdankt sich zwei Faktoren: erstens der kognitiven Entwicklung, die uns befähigt zu erkennen, dass die Aufspaltung in extreme Pole der Komplexität realer Menschen nicht gerecht wird und zweitens der Tatsache, dass bei den meisten Menschen gute und befriedigende Erfahrungen in der persönlichen Entwicklung überwiegen, was wiederum die Tolerierung von schlechten Erfahrungen ohne die extreme Reaktion von Hass erleichtert. Diese Entwicklungsstufe entspricht Melanie Kleins (1983c) depressiver Position, die so benannt ist, weil die betreffende Person den Verlust primitiver idealer Versorgung betrauert, während sich ihr die Möglichkeit realer Liebe mit all ihren Unzulänglichkeiten eröffnet, und weil es zu Schuldgefühlen kommt angesichts des aggressiven Hasses, der auf das „schlechte Objekt“ projiziert wurde, bevor dieses Teil einer komplexeren, integrierten Beziehung wurde. Auch der Affekt, der dem komplexeren Anderen der depressiven Position entspricht, ist vielschichtiger – und nicht der nur-liebe-

volle versus nur-hasserfüllte der frühen gespaltenen psychischen Struktur.

Diese unreife Spaltung der psychischen Struktur entspricht der **paranoid-schizoiden Position**, in der die innere Welt auf der Grundlage abgespaltenen Repräsentanzen von nur guten und nur schlechten Objekten (bzw. entsprechenden Selbstrepräsentanzen) organisiert ist. Die paranoide Position schützt das unrealistische und idealisierte Bild eines perfekten Versorgungswerdens vor der Kontaminierung durch Unzulänglichkeit oder Zerstörung, indem die gesamte „Schlechtigkeit“ auf das gleichermaßen unrealistische verfolgende Objekt projiziert wird. Der Betreffende existiert in einer Welt, in der er sich Verfolgung ausgeliefert sieht, um die inneren Bilder des perfekten Anderen und des perfekten Selbst aufrechtzuerhalten, die in der Realität niemals angetroffen werden. Dieses Modell entspricht der inneren Welt von Menschen mit einer BPO. Ziel der Therapie ist die Entwicklung in Richtung **depressive Position**, in deren Verlauf der Patient lernt, mit dem Verlust des frühen idealen Objekts fertig zu werden und sich die Möglichkeit wahrer Bezogenheit in der realen Welt zu eröffnen, wenn er erkennt, dass ihm echte – wenn auch nicht perfekte – Liebe und Zuneigung entgegen gebracht werden und dass nicht-ausbeuterische, auf gegenseitiger Fürsorge basierende Beziehungen möglich sind. Bleibt die psychische Integration aus, die die depressive Position ermöglicht, so mündet die Spaltung der innerpsychischen Organisation im späteren Verlauf in eine Borderline-Persönlichkeit. Identitätsdiffusion ist die Folge dieser fragmentierten inneren Organisation. Das bedeutet, dass mannigfaltige unintegrierte Selbstobjektdyaden zu jedem Zeitpunkt auf unterschiedlichste Art und Weise das subjektive Erleben bestimmen und so ein Gefühl von Diskontinuität entstehen lassen bzw. es dem Betreffenden erschweren, sich auf Beziehungen, sinnvolle Tätigkeiten, Ziele oder Werte einzulassen.

Libido und Aggression – Lebens- und Todestrieb in der Freudschen Metapsychologie

(1920) – konstituieren die Integration von Affekten, die mit lustvollen, befriedigenden, positiven Gefühlszuständen (Libido) oder aber entsprechend negativen, aversiven, schmerzlichen und aggressiven Gefühlszuständen (Aggression) einhergehen. Sexuelle Erregung lässt sich somit als ein Basisaffekt verstehen, der sich allmählich aus dem frühen erogenen Potenzial des Körpers des Säuglings und der lustvollen Stimulierung von Körperoberflächen und Schleimhäuten herausbildet.

Demgegenüber steht Wut als weiterer früher Basisaffekt im Zentrum der Aggression – nicht jedoch als solcher, wenn Aggression pathologische Züge annimmt. In diesem Fall kommt es zu einer Umwandlung von temporärer Wut in Hass. Dieser chronische, strukturierte Affekt setzt eine bestimmte internalisierte Objektbeziehung voraus, die eine zentrale Rolle in der Psychopathologie der Aggression einnimmt. Die ursprüngliche Funktion von Wut liegt in der Übermittlung einer Basisbotschaft an die Bezugsperson, eine Quelle des Ärgers oder ein Hindernis, das der Befriedigung im Weg steht, zu beseitigen. Das Bild eines bösen, frustrierenden Objekts oder, genauer, einer internalisierten Objektbeziehung zwischen einem leidenden Selbst und einem Objekt, das willentlich Schmerz zufügt, kann in diesem Zusammenhang Hass entstehen lassen. Auf einer sehr frühen Ebene spiegelt Hass den Wunsch wider, das böse Objekt zu zerstören. Später, auf einer reiferen Ebene – wenn frühe Aspekte sexueller Erregung und Hass miteinander verschmelzen – ist es das Ziel des Hasses, im Objekt Leiden zu erzeugen. In diesem Fall haben wir es mit einer strukturierten, sadistischen Beziehung zum Objekt zu tun. Schließlich gibt es eine Form von umschriebenem Hass, dem der Wunsch zugrunde liegt, das schlechte Objekt um der Sicherheit des eigenen Selbst willen zu beherrschen und zu kontrollieren.

Hass impliziert stets intensives Leiden, die Furcht vor einem möglichen Angriff seitens des bösen Objekts, sowie unreife projektive Mechanismen, insbesondere den der projekti-

ven Identifizierung. Die Schwierigkeit, mithilfe der projektiven Identifizierung einen schmerzlichen Affekt zu bewältigen, schafft einen Teufelskreis: die Projektion von (in diesem Fall) Aggression erhöht die Angst vor dem Objekt, auf das die Aggression projiziert wurde, was wiederum die Gegenaggression als Reaktion auf diese phantasierte Aggression seitens des Objekts steigen lässt, während gleichzeitig versucht wird, im Objekt eine hasserfüllte Reaktion zu induzieren, um genau dieses kontrollieren zu können. Die Aktivierung von Hass in der Behandlung geht für gewöhnlich mit Versuchen omnipotenter Kontrolle einher, die an ein Gefühl – implizit oder explizit – drohender Gewalt sowie einer Verwirrung im Patienten über deren Herkunft geknüpft ist.

Diese Konzeptualisierung der Beziehung zwischen Affekten und Trieben ermöglicht eine schärfere Fokussierung der Beziehung zwischen genetisch-konstitutionell bedingten Faktoren einerseits, die zur Aktivierung von aggressiven Affekten einerseits beitragen, und jenen Mechanismen andererseits, durch die es durch frühe Traumatisierungen immer wieder zu intensiver und chronischer Wut sowie dem Teufelskreis internalisierter, von Hass beherrschter Objektbeziehungen kommt. Die bei manchen Menschen genetisch bedingte und angeborene Disposition für heftige Aggression wird womöglich durch abnorme neurohormonelle Systeme übertragen und mündet in eine pathologische Affektaktivierung. Unsere wachsenden Erkenntnisse über die Fehlerhaftigkeit dopaminerg, adrenerg, noradrenerg, cholinerg und insbesondere serotonerg Neurotransmittersysteme und deren Einfluss auf die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse verdanken wir den aktuellen Entwicklungen in der Erforschung der Biologie der Affekte und des Temperaments – d. h. angeborener Dispositionen hinsichtlich Intensität, Rhythmus und Schwellen der Affektaktivierung (vgl. Kernberg u. Caligor 2005).

Die Forschungsergebnisse zum Einfluss früh einsetzender, intensiver und chronisch kör-

perlicher Schmerzerfahrung auf das aggressive Verhalten des Säuglings sowie die Auswirkungen chronisch aggressiver und provokativer Mutter-Kind-Interaktionen auf das Entstehen pathologisch aggressiven Verhaltens in der frühen und mittleren Kindheit ergänzen frühere Studien zum Syndrom des misshandelten Kindes, in denen festgestellt wurde, dass Kinder, die geschlagen wurden, eine erhöhte Abhängigkeit von ihren misshandelnden Eltern entwickeln und selbst zu körperlich misshandelnden Eltern werden (Kernberg 2004). Die spezifische affektgeladene Beziehung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen, in der es abwechselnd zu einer Identifizierung mit Opfer und Täter gleichermaßen kommen kann, ist oft ein zentrales Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Die Beziehung zwischen Trauma, Hass und Neid

Unsere klinische Erfahrung hat uns geholfen, die Beziehung zwischen Trauma, Hass und Neid genauer zu verstehen. Hass – insbesondere jener primitive, intensive Hass, der alle Facetten des Erlebens des Patienten durchdringt – löst häufig Neid auf all jene aus, die nicht von einer derart schmerzlichen, destruktiven und selbstzerstörerischen Beziehung zum Leben kontrolliert werden. Unter weniger extremen Umständen zieht eine traumatische Erfahrung relativ reine Formen klinischen Hasses nach sich, jedoch ohne die Psychopathologie des Neides. In wieder anderen Fällen rührt Hass aus extrem chaotischen frühen Erfahrungen her oder aber aus einer Hypersensitivität für Frustration, die einen intensiven Neid auf ein gutes Objekt auslöst, das sich willentlich und sadistisch zu entziehen scheint. In diesen Situationen wird Hass von Neid beherrscht und ist – sowohl bewusst als auch unbewusst – gegen das beneidete, gleichzeitig aber auch befriedigende Objekt gerichtet. Die genuin narzisstische Persönlichkeitsstruktur kann als massive charakterologische Ab-

wehrformation gegen die Aktivierung eines ungewöhnlich stark ausgeprägten Neides angesehen werden. In diesem Fall richtet sich der Hass nicht nur gegen ein als sadistisch und traumatisierend wahrgenommenes Objekt, sondern auch gegen ein gutes Objekt, das, so die Wahrnehmung des Betroffenen, absichtlich ersehnte Zuwendung zurückhält, um zu quälen. Die Psychopathologie des Neides – die Neigung, Liebe und Güte zu entwerten und zu vergiften, weil diese vom beneideten Objekt stammen – mündet schließlich in eine sich selbst perpetuierende Erzeugung von Frustration und Hass.

Antisoziale Struktur und Übertragung

Auf die extremsten Ausprägungen eines überdauernden, unverstellten und unkontrollierbaren Hasses treffen wir im Falle der *Antisozialen Persönlichkeitsstörung*. Völlige Indifferenz und Kälte gegenüber zwischenmenschlichen Beziehungen, gepaart mit gelegentlichen Gewaltausbrüchen kennzeichnen die betreffenden Persönlichkeiten. Wir unterscheiden zwischen Antisozialer Persönlichkeitsstörung – die dem klassischen *Psychopathen* entspricht, wie er in der Britischen Fachliteratur und im DSM-I und DSM-II (American Psychiatric Association 1952, 1968; Hare 1986; Kernberg 1997; Stone 1993) beschrieben wurde – und dem weniger schweren Syndrom des *malignen Narzissmus*. Hiervon wiederum ist die *Narzisstische Persönlichkeitsstörung mit antisozialen Zügen* zu unterscheiden. Das völlige Fehlen von Überich-Funktionen sowie die Unfähigkeit, Schuld und Sorge zu empfinden und Beziehungen einzugehen, die nicht ausbeuterisch sind, schließen die Möglichkeit einer therapeutischen Beziehung mit der antisozialen Persönlichkeit praktisch aus, so dass dieses Störungsbild derzeit als nicht behandelbar angesehen werden muss. Das chronische Misstrauen, das die zwischenmenschlichen Beziehungen der antisozialen Persönlichkeit kenn-

zeichnet, zeigt sich in der Behandlungssituation als psychopathische Übertragung, d. h. als chronische und unveränderbare Unehrlichkeit gegenüber dem Therapeuten. Die psychopathische Übertragung ist eine wirksame Abwehr gegen zugrunde liegende, schwere paranoide Übertragungsformationen, die im Extremfall in eine paranoid-psychotische Regression münden kann. Die in diesen Fällen entstehende Phantasiewelt von Objektbeziehungen ist durchdrungen von gegenseitiger Manipulation und Unehrlichkeit als dünner Schutzmantel über der eigentlichen Welt voller Rücksichtslosigkeit und Gewalt, die als einzig denkbare bedeutsame menschliche Interaktion erscheint.

Außer in den Fällen einer antisozialen Persönlichkeitsstörung mündet die systematische Analyse psychopathischer Übertragungsmuster schließlich in die Manifestation der zugrunde liegenden paranoiden Übertragung und fördert jene abgewehrte Beziehung zutage, in der ein hasserfülltes, sadistisches Objekt abwechselnd auf den Therapeuten projiziert oder vom Patienten selbst inszeniert wird. In weiter fortgeschrittenen Behandlungsphasen wechselt die paranoide Übertragung in depressive Übertragungsmuster: Projektive Mechanismen gehen zurück; Gefühle von Schuld und Sorge angesichts des nunmehr als aggressiv erkannten Verhaltens gegenüber dem guten Objekt lassen in der Folge Wiedergutmachtungswünsche entstehen; die Fähigkeit zur Ambivalenztoleranz steigt.

Die Analyse paranoiden Übertragungen

Paranoide Übertragungen sind charakterisiert durch das Vorherrschen hasserfüllter Objektbeziehungen, die vom idealisierten Gegenpart (eine sich aus dem guten Selbst des Patienten und einem ideal nährenden Objekt zusammensetzen) dissoziiert oder abgespalten sind. Paranoide Übertragungen, auf die wir in den folgenden Abschnitten näher eingehen wer-

den, sind die häufigsten Übertragungsmuster, die wir bei Borderline-Patienten antreffen. Ihre systematische Analyse soll dem Patienten helfen, seine Sicht des Therapeuten als potenziell gefährlichen Feind, vor dem er sich in Acht nehmen muss, aufzudecken und zu verbalisieren. Ohne zunächst zu versuchen, diese Sichtweise zu ändern, exploriert der Therapeut diese von einer Position technischer Neutralität aus, was dazu führt, dass die Angst des Patienten vor dem Therapeuten als potenzieller Bedrohung zurückgeht, während das stringente Einhalten des Behandlungsrahmens ebenfalls die Sicherheit im Patienten wachsen lässt, dass seine Befürchtungen hinsichtlich des als gefährlich wahrgenommenen Therapeuten unbegründet sind.

Es ist wichtig, dass der Therapeut den Patienten weder vorzeitig beruhigt – und dadurch die hasserfüllte Objektbeziehung zum Verschwinden bringt –, noch vorzeitig die projektive Identifizierung deutet, bevor der Patient in der Lage ist, seinen projizierten Hass anzuerkennen. Die Etablierung und Aufrechterhaltung eines klaren Behandlungsrahmens stellt sicher, dass Aggression nicht außer Kontrolle gerät oder als überwältigend gefährlich erlebt wird, sondern ohne Angst exploriert werden kann. Es ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, sich André Greens (1993) Feststellung ins Gedächtnis zu rufen, wonach Ausagieren und Somatisierung jene Wege darstellen, über die ein Patient des bewussten Erlebens psychischer Realität zu vermeiden sucht. Über eine Kanalisierung der Affekte des Patienten in die Behandlungssituation und deren Deutung in der Übertragung sei es möglich, diese beiden Abwehrbewegungen in bewusstes psychisches Erleben umzuwandeln. In der Praxis bedeutet dies, dass jedes Mal, wenn der Patient einen Affekt äußert (z. B. „ich habe Angst“), der Therapeut von der innerpsychischen Aktivierung einer bestimmten Objektbeziehungsdyade ausgeht. Die Bewusstmachung der Selbst- und Fremdbilder, die sich hinter diesem Erleben verbergen, erfolgt am effektivsten über das Erleben des Patienten im Hier und