

Borderline

ANALYSE DER PSYCHE UND PSYCHOTHERAPIE

Petra Holler
Borderline

Viele Begriffe, die wir aus der Psychoanalyse kennen, blicken auf eine lange Geschichte zurück und waren zum Teil schon vor Freuds Zeit ein Thema. Einige Begriffe haben längst den Weg aus der Fachwelt hinaus in die Umgangssprache gefunden. Alle diese Begriffe stellen heute nicht nur für die Psychoanalyse, sondern auch für andere Therapieschulen zentrale Bezugspunkte dar.

Die Reihe »Analyse der Psyche und Psychotherapie« greift grundlegende Konzepte und Begrifflichkeiten der Psychoanalyse auf und thematisiert deren jeweilige Bedeutung für und ihre Verwendung in der Therapie. Jeder Band vermittelt in knapper und kompetenter Form das Basiswissen zu einem zentralen Gegenstand, indem seine historische Entwicklung nachgezeichnet und er auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Diskussion erläutert wird.

Alle Autorinnen und Autoren sind ausgewiesene Fachleute auf ihrem Gebiet und können aus ihren langjährigen Erfahrungen in Klinik, Forschung und Lehre schöpfen. Die Reihe richtet sich in erster Linie an Psychotherapeutinnen und -therapeuten aller Schulen, aber auch an Studierende in Universität und Therapieausbildung.

Unter anderem sind bereits erschienen:

- BAND 5 Joachim Küchenhoff: Psychose. 2012.
- BAND 6 Benigna Gerisch: Suizidalität. 2012.
- BAND 7 Jens L. Tiedemann: Scham. 2013.
- BAND 8 Ilka Quindeau: Sexualität. 2014.
- BAND 9 Angelika Ebrecht-Laermann: Angst. 2014.
- BAND 10 Hans-Dieter König: Affekte. 2014.
- BAND 11 Bernhard Strauß: Bindung. 2014.
- BAND 12 Ludwig Janus: Geburt. 2015.
- BAND 13 Jürgen Grieser: Triangulierung. 2015.
- BAND 14 Bernd Nissen: Hypochondrie. 2015.
- BAND 15 Roland Voigtel: Sucht. 2015.
- BAND 16 Joachim Küchenhoff: Depression. 2017.
- BAND 17 Diana Pflichthofer: Trennungen. 2017.
- BAND 18 Gianluca Crepaldi: Containing. 2018.
- BAND 19 Thomas Auchter: Trauer. 2019.
- BAND 20 Mathias Hirsch: Schuldgefühl. 2020.
- BAND 21 Wolfgang Wöller: Dissoziation. 2020.
- BAND 22 Timo Storck, Felix Brauner: Körpergefühl. 2021.

Petra Holler

Borderline

Psychosozial-Verlag

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.

Originalausgabe

© 2023 Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch
Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung
des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen
von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

Satz: metiTec-Software, www.me-ti.de

ISBN 978-3-8379-3209-6 (Print)

ISBN 978-3-8379-6155-3 (PDF-E-Book)

Inhalt

Einleitung	7
Zur Geschichte des Borderlinekonzepts	21
Vorläufer eines Borderlinekonzepts im 19. Jahrhundert	21
»Bloody nose« und religiöse Einkehr –	
»folie raisonnante« und »moral insanity«	21
»La grande névrose« oder »la petite hystérie«?	27
Zwischen »Hirn und Hoden«	
oder »Hanging around the borderland«	33
Jugendliche Verwahrlosung und Dissozialität	36
Das kleinianische Kind	
und der Beginn der Objektbeziehungstheorie	46
Das Konzept der Positionen	51
Die paranoid-schizoide Position	51
Die depressive Position	55
Die Borderlinestörung als »Fixierung dazwischen«	58
Das Borderlinekonzept jenseits des Atlantiks	61
Das Borderlinekonzept von Otto F. Kernberg	64
Die Borderlineorganisation der Persönlichkeit	65
Die Rolle der Affekte	70
Trauma, Hass und Neid	71
Die Frage des Selbst und der Identität	73
Empirische Befunde als Bindeglied zwischen psychoanalytischen	
und nicht-analytischen Erklärungsansätzen	75
Zusammenfassung: Psychotherapeutische Implikationen	77

Allgemeine Grundlagen und Ziele der Psychotherapie	81
Die depressive Position als reifes Organisationsprinzip	84
Das Ringen um psychische Homöostase:	
Spaltungsbewegungen als Funktions- und Regulationsmodus	86
Wenn der Andere zum Feind wird	86
Die Regulation psychischer Homöostase	
im Rahmen typischer Übertragungsmuster	90
Die therapeutische Gesamtzene: »Was liegt in der Luft?«	101
Projektiv identifikatorische Regulationsprozesse	101
Der Verstehensprozess: Klärung, Konfrontation, Deutung	112
Regressionssteuernd versus regressionsfördernd:	
Modifizierungen in der Behandlung von Borderlinepathologien	120
»Die Grenzen der Seele abschreiten«:	
Behandlungsvereinbarungen und Grenzsetzungen	122
Das Fremdeln mit der Aggression	129
Borderlineentwicklungen und die Grenzen des Machbaren	134
 Literatur	 137

Einleitung

Psychoanalytisches Denken und Handeln hat etwas von einer melancholischen Nachhut. Wir beschäftigen uns mit den Dingen des Lebens, die geschehen sind und nicht rückgängig, geschweige denn wiedergutmacht werden können. Der Schmerz und die Trauer um die Unwiederbringlichkeit der Zeit sowie der verlorenen und zerstörten »guten Objekte« ist in vielen psychoanalytischen Therapien das Epizentrum dessen, worum wir kreisen, worauf wir uns beziehen oder worauf wir im Falle schwerer Persönlichkeitsstörung wie der Borderlinestörung hinarbeiten: Liebe und Aggression so zu integrieren, dass die Bewältigung von frühen, unerträglichen emotionalen Zuständen auf eine Weise gelingt, wie es Melanie Klein (1935) für den Organisations- und Funktionsmodus der sogenannten depressiven Position beschrieben hat, nämlich psychisches Wachstum so zu fördern, dass früheste Fragmentierungs-, Vernichtungs- und Verfolgungsängste nicht mehr das gesamte innerseelische Leben durchdringen und nicht mehr destruktiv abgewehrt oder reguliert werden müssen. Dies gelingt nur über die Anerkennung, Akzeptanz und – im besten Fall – Transformation der eigenen aggressiven und destruktiven Impulse und Handlungen. Und es gelingt nur, wenn Patient¹ und Therapeut immer wieder in einen Zustand gemeinsamer authentischer Reflexion kommen und der Patient seine tief sitzenden Veränderungsängste, die gleichzeitig Kontrollverlustängste sind, durch ein Stück Neugier und Verste-

1 Hinweis: In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

henwollen anreichern kann, aber auch bereit ist, Frustration und emotionalen Schmerz im Dienste der eigenen Reifung auf sich zu nehmen.

Die depressive Position als zentraler Organisationsmodus unseres psychischen Funktionierens geht mit der Fähigkeit zu Ambivalenz- und Ambiguitätstoleranz sowie reifen Schuldgefühlen einher, mit Wünschen nach Wiedergutmachung sowie der Fähigkeit, Neid in Dankbarkeit umzuwandeln. Sie impliziert, dass sich die Gefühle dem Objekt gegenüber nicht mehr zur Gänze in Geiselschaft pathologischer Aggression befinden. Doch auch wenn – oder gerade weil – die eigenen Gefühle nun »gemischt« sind, bleibt die Regulierung der psychischen Homöostase schwierig und ängstigend.

Vor diesem Hintergrund klinisch-therapeutischer Betrachtungen zu Trauer und Melancholie (Freud, 1917), zur strukturellen Nachreifung, zu Assimilations-, Adaptations- und Integrationsprozessen neuer Erfahrungen mutet es fast paradox an, zu fragen, ob Psychoanalyse immer noch »modern« oder sogar noch »Avantgarde« sein kann.

Was die psychoanalytische Theoriebildung angeht, so war die Zeit vor 100 Jahren, genauer gesagt zwischen 1920 und 1925, eine der Veränderung, eine der neuen und modernen Sichtweisen: Die Bedeutung der Aggression für die frühkindliche Entwicklung wurde sehr viel stärker ins Blickfeld gerückt und läutete den »Abschied vom Primat des Sexuellen« ein (May, 2022).

Melanie Klein revolutionierte mit ihren hartnäckig verteidigten Ansichten die Psychoanalyse (vgl. Sayers, 1994), wobei sie als Psychoanalytikerin auch vom gesellschaftspolitischen Rückenwind der 1920er Jahre profitierte, in denen die Emanzipationsbestrebungen von Frauen endlich Früchte trugen, etwa in Form eines hart erkämpften Wahlrechts in Deutschland und England, jenen beiden Ländern, in denen Klein lebte und arbeitete.

Während sich dieser kleinianische Teil »Mütterlichkeit in der Psychoanalyse« (Sayers, 1994) von Anfang an heftigen Attacken ausgesetzt sah, fand er gleichzeitig sofort Fürsprecher, sodass sich die kleinianische und britische Objektbeziehungstheorie äußerst kreativ weiterentwickelten und allgemein anerkannte psychoanalytische Schlüsselkonzepte schufen, die von großem

heuristischem und klinischem Wert für das Verständnis und die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen sind.

Heute, 100 Jahre später, geht es wieder – oder immer noch – um die Frage, wie sich klinisch-therapeutische Gütekriterien mit Modellen aus Grundlagenwissenschaften wie der der Cognitive Science verbinden lassen, also zum Beispiel mit Theorien zu kognitiv-affektiven Informationsverarbeitungsprozessen oder Gedächtnisspeichermodellen. Dieser »fremde Blick« auf die eigene Theoriebildung, der mit »Sensibilität und Radikalität« (Leuzinger-Bohleber, 2015, S. 152) einhergeht, könnte Avantgarde im besten Sinne sein, denn er fordert heraus, verstört, hält aber auch die Neugier wach.

In den letzten 30 Jahren wurde die Borderlinestörung von allen Seiten förmlich eingekreist und vermessen: Je nachdem, welche Perspektive bevorzugt wurde, sprach man von Affektregulationsstörung oder Impulskontrollstörung, Komplexer Traumafolgestörung, Bindungsstörung vom unsicher-desorganisierten Typus oder tiefgreifender Mentalisierungsstörung. Genetisch-konstitutionelle, neurobiologische und neurophysiologische Aspekte konnten mit den medizinisch-technologischen Fortschritten schärfer in den Blick genommen werden, änderten aber nichts daran, dass die Heterogenität der Symptome und die vielen Überschneidungen zu anderen Störungsbildern sie zu einer diagnostischen Restkategorie zu machen drohten, ein Auffangbecken für fließende Übergänge und ungelöste Fragen.

Das, was sich durch die Theoriegeschichte der Borderline-Störung wie ein roter Faden zieht, ist das Primat der pathologischen Aggression und mit ihm die Frage, mit welcher Art und Ausprägung dieser anthropologischen Konstante wir es im Einzelfall zu tun haben, welche unbewusste Bedeutung ihr jeweils zukommt sowie welche Grenzen destruktivem Verhalten wann und in welcher Form aktiv entgegengesetzt werden müssen. Die Fähigkeit zur Selbstzerstörung lässt an das alte Freud'sche Konzept des Todestriebs denken. Die Fähigkeit, anderen auf vielfältige Weise zu schaden, sie psychisch und physisch zu vernichten, wirft die Frage nach dem Ursprung von Aggression auf und ob sie in jedem Fall *reaktiv* ist. Oder ob es zerstörerische und hochgefährliche Aggressionen gibt, die einzig deshalb agiert werden, weil der Mensch es *kann*.

Ein Patient, der über Jahre schwerster sexueller Gewalt in Gruppen ausgesetzt war, erinnert sich an den Anführer der Gruppe, einem ehemaligen SS-Offizier: Befragt von einem anderen Gruppenmitglied, das offenbar kurzzeitig über die unfassbare Grausamkeit des Anführers erschrocken war, warum er das mache, antwortete dieser: »Weil ich es kann.«

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, dass bereits die historische Diskussion um das Borderlinekonzept (auch als es noch nicht so hieß) stets die Schnittstelle zwischen Individuum und Gesellschaft betraf und von Anfang an die schwierige Frage nach Dissozialität mit einschloss. Die Haut, also die Körperoberfläche wiederum als zentrale *Schnittstelle* – im buchstäblichen Sinne – und Grenze zur Außenwelt, ist erst in den letzten 40 Jahren zur weithin sichtbaren Arena der Auseinandersetzung geworden, und zwar dergestalt, dass mittlerweile in der Öffentlichkeit »Borderline« reduktionistisch mit selbstverletzendem Verhalten gleichgesetzt wird. Wie jedoch der Psychiater Armando R. Favazza (1987) aufzeigt, gehören Manipulationen des Körpers und der Körperoberfläche zu kulturübergreifenden und kulturell sanktionierten Praktiken, die von ästhetisierenden Initiationsritualen bis hin zu (Selbst-)Heilungsversuchen reichen.

Da aber mit der Veränderung kultureller Normen auch bestimmte Symptome ihre Bedeutung verlieren und unnötig werden können, haben sich »Ritzen« und »Schneiden« von der Diagnose »emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetypus« abgekoppelt und als Teil jugendlicher Mutproben und adoleszenter gruppendynamischer Prozesse ein Eigenleben entwickelt. Die Übergänge zur aktuellen ästhetischen Norm der Tätowierung sind fließend, ebenso zu identitätsstiftenden Abgrenzungsmaßnahmen im Rahmen adoleszenter Ablösungs- und Individuationsprozesse.

Wenn es zutrifft, dass in sogenannten *heißen Kulturen* (Claude Lévi-Strauss, 1956) auch Symptome kulturellen Transformationsprozessen unterliegen können und irgendwann ihre unbewusste Sprengkraft verlieren, dann wäre zu fragen, ob es aktuell eher die allgemeine Frage der Geschlechtsidentität ist, die eine mögliche Sollbruchstelle zwischen »normal« und »Borderline« darstellt. Werden Selbstverletzungen und Selbstverstümmelungen der Haut allmählich durch chirurgische Veränderungen des Körpers allge-

mein und der Genitalien im Besonderen ersetzt? Im Zuge einer Art Jugendkultur der Geschlechtsdysphorie?

Auch diese Formen teilweise brutaler Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit, die durch offizielle medizinische Indikationen rationalisiert werden können, haben kulturübergreifende Vorläufer und Geschichte. Es ist ein Paradoxon, dass an aktivistischer Front vielfach gegen die Beschneidung von Frauen und gegen die Zerstörung ihres sexuellen Lustempfindens gekämpft wird, während gleichzeitig eben eine potenzielle Zerstörung sexuellen Lustempfindens durch Operationen im Rahmen einer Geschlechtsangleichung ausgeblendet wird (vgl. Lenzen-Schulte, 2023). Der eigene Körper als Objekt (Hirsch, 2000) ist die Arena hoch aggressiver, unbewusster innerseelischer Auseinandersetzungen um Selbstbestimmung.

Hat diese oft gewaltsam herbeigewünschte Veränderung des eigenen Körpers die unbewusste kulturelle Bedeutung, dem als normativ empfundenen Druck einer eindeutigen Identitätsbildung mit all den darin enthaltenden Grenzen, die als erzwungene Unterwerfung interpretiert werden, zu entkommen? Mit anderen Worten: »Weil ich es nicht *muss*?« Wäre dann Asexualität der Gegenpol zur Geschlechtsangleichung, um das große Unbehagen im und mit dem eigenen Körper zu »lösen«?

Eine junge Studentin berichtet, sie habe erkannt, dass sie »asexuell« sei. Ebenso ihr Freund. Berührungen gingen »nicht unter die Gürtellinie«. Eine Verbindung zwischen dieser Erkenntnis und ihrem immensen psychischen Leidensdruck, der zu halluzinatorisch anmutenden Symptomen führte und in »Zustände« mündete, die sie kaum ertrug, aber auch nicht benennen konnte, weil sie nicht »wusste«, wie sie körperliche Empfindungen »verstehen« sollte, konnte sie nicht erkennen. Im Gespräch mit ihr war es, als lebten wir auf unterschiedlichen Planeten, wiederholt musste ich an eine Ikone der Pop-Musik denken: David Bowie und sein Song *Space Oddity*, in dem Major Tom lange Zeit weit weg von den anderen Menschen im Weltraum treibt. Erst nach mehreren Monaten konnte mir die Patientin den Auslöser ihres schweren depressiven Zusammenbruchs mitteilen: eine scherzhaft-flirtende Bemerkung im Freundeskreis über

das gute Aussehen ihres Freundes. Sie litt an einer quälenden Angst, ihn nicht nur an mögliche Rivalen, sondern an *die Sexualität* insgesamt zu verlieren.

Die Wahlmöglichkeiten in Sachen Identität und Körperlichkeit sind in der westlichen Welt mittlerweile vergleichsweise großzügig gefasst. Aber interessanterweise ändert dies nicht unbedingt etwas am Leidensdruck der Menschen. Die aktuell immer weiter um sich greifende radikale Abwehr und Abkehr vom gegebenen körperlichen So-Sein ist wie eine radikale Ablehnung vom Freud'schen Diktum »Anatomie ist Schicksal«.

Die Frage der Selbstentwicklung und Identitätsbildung ist nicht unerheblich im Zusammenhang mit Borderlinestörungen, denn *Identitätsdiffusion infolge mangelhaft integrierter Selbst-Objekt-Differenzierung* gilt als eines der zentralen diagnostischen Merkmale einer Persönlichkeitsorganisation auf Borderline-Niveau. Doch gerade im Zuge spätadoleszenter Ablösungs- und Individuationsprozesse muss zwischen Identitäts- oder Adoleszenzkrise und Identitätsdiffusion unterschieden werden. Das entwicklungspsychologische Nadelöhr der Adoleszenz ist bekanntermaßen sehr krisenanfällig, und weder Asexualität noch die medizinische Behandlung einer Geschlechtsdysphorie entbinden von der grundsätzlichen Notwendigkeit einer psychostrukturellen Integration aggressiver und libidinös-sexueller Strebungen.

Aus phänomenologisch-deskriptiver Sicht ist die Geschichte des Borderlinekonzepts die eines beständigen, aber nicht wirklich funktionierenden Versuchs der *eindeutigen* nosologischen Abgrenzung. Die Heterogenität der Symptome machte diese eindeutige Zuordnung zu einem schwierigen bis unmöglichen Unterfangen. Aus psychoanalytischer Sicht ist es die Geschichte einer kontinuierlichen Auseinandersetzung mit der Frage, wie sich äußere Erfahrungen und inneres Erleben im Sinne unbewusster Fantasien miteinander verschränken und sich gegenseitig bedingen. Es geht um die Frage nach dem Objekt, mit dem das Subjekt existenziell verbunden ist. Ohne Objekt gibt es kein Subjekt. Jedes Wollen ist auf ein Objekt ausgerichtet.

Welchem Objekt soll im Bemühen, die Borderlinestörung zu verstehen, der Vorrang gegeben werden? Dem *inneren*, wie von Sigmund Freud und (noch radikaler) von Melanie Klein in Form

unbewusster Vorstellungen oder Fantasien konzipiert? Dann handelte es sich um ein Objekt, das intensiv und leidenschaftlich in ein unbewusstes Objektbeziehungsgefüge verwoben ist, welches das Erleben und Verhalten nachhaltig bestimmt. Oder dem *äußeren* Objekt, etwa in Form einer deprivierenden bzw. traumatisierenden Umwelt, das Spuren im Ich und seiner Anpassungsleistung bzw. Bewältigungsfähigkeit hinterlässt?

Eine Kinder- und Jugendlichentherapeutin berichtete von einer jungen Patientin auf ihrer akutpsychiatrischen Station. Das Mädchen habe mehrere Mal versucht, sich das Leben zu nehmen und verletze sich immer wieder schwer. »Ich habe das ganze familiäre Umfeld und die Vorgeschichte nach traumautogenen Auslösern und Bedingungen abgesucht. Ich habe einfach nichts gefunden. In den Elterngesprächen war ich eher beeindruckt, wie liebevoll und adäquat sie sich um ihre Kinder kümmern. Da ist nichts.«

Für die junge Kollegin war es erst einmal schwer vorstellbar, dass eine so selbstdestruktive und hochgefährliche Symptomatik *nicht* auf dem Boden vielfältiger und kumulativer Entwicklungs- oder Bindungstraumatisierungen gewachsen war, dass keine Entsprechung zwischen Innen und Außen bestand: zwischen selbstdestruktivem Verhalten des Mädchens auf der einen und traumautogenen Einflüssen auf der anderen Seite, etwa in Form physischer und/oder psychischer Gewalt in der Primärfamilie. Es war schwer vorstellbar, dass es unbewusste und hasserfüllt aufgeladene Fantasien des Mädchens geben konnte, die in ihrer inneren Objektwelt eine derartige Verheerung anrichteten, sodass sie eigene unerträgliche Ohnmachtsgefühle und Ängste ins Gegenteil umwandelte und triumphal-sadistisch in Szene setzte, indem sie ihr Umfeld mit chronisch drohender Selbstzerstörung kontrollierte und quälte. Konnte ein Teil in ihr es womöglich sogar genießen, das Erschrecken und die Angst im Gesicht des Gegenübers wahrzunehmen?

Hier schließt sich eine zweite ungelöste Frage an, die untrennbar mit der ersten verknüpft ist: Welche Motive verbinden uns mit unseren Objekten? Sind es stets bewusst zugängliche Affekte und deren bewusst gesteuerte Kontrolle, die, wie im Falle von