

FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOSENTHERAPIE

herausgegeben von Stavros Mentzos

Stavros Mentzos/Alois Münch (Hg.)

Borderline-Störung
und Psychose

VANDENHOECK & RUPRECHT _____

Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.): Borderline-Störung und Psychose

V&R

**FORUM DER PSYCHOANALYTISCHEN
PSYCHOENTHERAPIE**

**Schriftenreihe des Frankfurter Psychose-
projekts e. V. (FPP)**

Herausgegeben von Stavros Mentzos
Mitherausgeber: Günter Lempa, Norbert Matejek,
Thomas Müller, Alois Münch, Elisabeth Troje

**Band 5: Stavros Mentzos/Alois Münch (Hg.)
Borderline-Störung und Psychose**

Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.): Borderline-Störung und Psychose
Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.)

Borderline-Störung und Psychose

Mit 3 Abbildungen

2. Auflage

Vandenhoeck & Ruprecht

Bibliografische Informationen Der Deutschen Bibliothek

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

ISBN 3-525-45106-7

© 2003, 2001 Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen. –
<http://www.vandenhoeck-ruprecht.de>

Printed in Germany. – Alle Rechte vorbehalten. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Fotosatz 29b, Göttingen

Schrift: Walbaum

Druck und Bindung: Hubert & Co., Göttingen

Inhalt

Editorial 7

■ THEORIE-FORUM

Christa Rohde-Dachser
Borderline-Störungen – Trauma, Persönlichkeitsstörung
oder Rückzugsposition? Einige theoretische Überlegungen 9

Michael Dümpelmann
Das Borderline-Konzept von Kernberg.
Eine kritische Betrachtung 38

Stavros Mentzos
Borderline-Störungen: Führt die inflationäre Ausweitung
des Konzepts zu seiner Auflösung?
Versuch einer Rettung 51

■ KLINISCHES FORUM

Hildegard Wollenweber
Die Umzugsdepression.
Frühe Trennungstraumata und Depression 75

■ INFORMATIONEN

Rezension 91
Rezensionsvorschläge. 98
Die letzte Seite. 100
Die Autorinnen und Autoren 102

Stavros Mentzos / Alois Münch (Hg.): Borderline-Störung und Psychose

Editorial

Die Flut von Veröffentlichungen über die »Borderline-Störung« kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß die schnelle Ausweitung der Verwendung dieser diagnostischen Kategorie zu ihrer Aushöhlung in deskriptiver und in psychodynamischer Hinsicht zu führen droht. Kritische Stimmen zur Brauchbarkeit des Terminus werden allmählich häufiger und lauter. Auf der anderen Seite kann an der Notwendigkeit der adäquaten Erfassung der mit diesem Terminus bezeichneten psychischen Störungen nicht gezweifelt werden, und dies nicht nur aus theoretischen, sondern auch aus praktisch-therapeutischen Gründen.

Christa Rohde-Dachser, der die Einführung der Kernberg'schen Borderline-Konzeptualisierung in den deutschen Sprachraum in den siebziger und achtziger Jahren zu verdanken ist, übernahm im *Theorie-Forum* die Aufgabe, kurz und präzise den Weg nachzuzeichnen, dem das Konzept des Borderline in den Jahren danach bis zu den heutigen psychotraumatologischen und neokleinianischen Auslegungen folgte. Dabei werden von ihr verschiedene notwendig gewordene Ergänzungen, Revisionen, Korrekturen wie auch alternative Lösungen beschrieben und gewürdigt.

Michael Dümpelmann beschäftigt sich hauptsächlich mit der Rolle der Aggression innerhalb des Kernberg'schen Modells der Borderline-Psychodynamik und scheut sich nicht vor einer offenen Auseinandersetzung mit der Auffassung Kernberg's, die von einer konstitutionell gegebenen und zu starken Ausprägung des Aggressionstrieb's bei Borderline-Störungen ausgeht.

Stavros Mentzos versucht der inflationistischen Ausweitung

des Konzepts dadurch entgegenzuwirken, in dem er mit Hilfe eines auf die Borderline-Störung extrapolierten Modells der Psychosendynamik eine Dreiteilung der Borderline-Störung in deskriptiver und in psychodynamischer Hinsicht vorschlägt. Gleichzeitig bemüht er sich um eine Abgrenzung des Borderline von den Psychosen und den anderen Persönlichkeitsstörungen und arbeitet die Besonderheiten des Borderline-Modus der Abwehr genauer heraus.

Im *Klinischen Forum* diskutiert Hildegard Wollenweber auf der Grundlage eines detaillierten Berichts über die Behandlung eines depressiven Patienten die psychogenetische Bedeutung früherer Traumatisierungen.

In der Rubrik *Informationen* finden sich eine Rezension von Michael Meyer zum Wischen und eine Liste von Literaturhinweisen beziehungsweise Rezensionsvorschlägen.

Stavros Mentzos
Alois Münch

■ THEORIE-FORUM

Christa Rohde-Dachser

Borderline-Störungen – Trauma, Persönlichkeitsstörung oder Rückzugsposition?

Einige theoretische Überlegungen

Über die Diagnose »Borderline« gab es Meinungsverschiedenheiten, seit sie zum ersten Mal 1958 von A. Stern verwendet wurde, um einen Typ von Patienten zu beschreiben, der mit der klassischen psychoanalytischen Methode nicht zufriedenstellend behandelt werden konnte (Kind 2000, S. 31). Stern gelang es bereits damals, bestimmte Charakteristika der Borderline-Pathologie herauszuarbeiten, die später von Kernberg aufgegriffen und weiter differenziert wurden. Dazu gehörte insbesondere die Neigung dieser Patienten, im Analytiker ein gutes und allmächtiges Objekt zu sehen, das sich abrupt in ein feindliches verwandelte, sobald der Therapeut nicht in allem den Erwartungen des Patienten entsprach. Damit verbunden war eine Störung der Realitätsprüfung bis hin zur Übertragungspsychose (Kind 2000, S. 31). Es dauerte trotzdem noch längere Zeit, bis sich aus der unklaren Diagnose »Borderline« ein eigenständiges Krankheitsbild herausbildete, das phänomenologisch im Grenzbereich von Neurose, schwerer Charakterstörung und Psychose angesiedelt war und sich durch eine spezifische Ich-Pathologie auszeichnete (Rohde-Dachser 1995, S. 36).

Einen großen Beitrag dazu leistete O. F. Kernberg, der zwischen 1967 und 1975 eine Theorie der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (*Borderline Personality Organization*) entwickelte, mit der die verwirrende Vielfalt der klinischen Symptome, die diese Patienten boten, erklärt werden konnte. Wichtigstes Kennzeichen dieser Persönlichkeitsorganisation war eine spezifische Pathologie der Objektbeziehungen mit einer Aufspaltung der Objekte in »ganz gut« und »ganz böse«, eine entsprechende Widersprüchlichkeit des Selbstbildes bis

hin zur Identitätsdiffusion und das Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen, vor allem der Spaltung, der Projektion und der Verleugnung (Kernberg 1967, 1975, 2000a). Zusammen mit den von Gunderson und Singer (1975) entwickelten Kriterien der Borderline-Störung ging diese Konzeption von Kernberg auch in die Definition der *Borderline-Persönlichkeitsstörung* ein, die 1980 erstmals in das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM-III) aufgenommen wurde (vgl. dazu auch Stone 2000, S. 5).

Eingang in die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation fand die Borderline-Persönlichkeitsstörung erst elf Jahre später, nämlich 1991, und zwar unter dem Begriff *Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus* (vgl. Weltgesundheitsorganisation, ICD-10, 1991, S. 250).¹

Unumstritten ist die Diagnose »Borderline-Persönlichkeitsstörung« allerdings bis heute nicht. Nicht nur, daß es mittlerweile andere psychoanalytische Ansätze zur Definition der Borderline-Störung gibt, deren Vereinbarkeit mit der DSM-Diagnose »Borderline-Persönlichkeitsstörung« erst noch zu untersuchen wäre (dazu vor allem Steiner 1993; Weiß 2000). Auch innerhalb des DSM haben sich die Kriterien der Diagnose »Borderline-Persönlichkeitsstörung« seit 1980 mehrmals verändert (zusammenfassend dazu Rohde-Dachser 1995, S. 194ff.). Ebenso verstärkte sich in den letzten beiden Jahrzehnten die Debatte, ob die Diagnose »Borderline-Persönlichkeitsstörung« nicht dazu diene, das Trauma zu verschleiern, mit dem die Borderline-Entwicklung ihren Anfang nahm. Eine solche Tendenz wurde vor allem der Psychoanalyse unterstellt (dazu Simon 1992). Man trifft bei Borderline-Patienten durchweg auf traumatische Vorerfahrungen. Dazu gehören nach übereinstimmenden Forschungsergebnissen neben physischem Mißbrauch vor allem sexueller Mißbrauch in der Kindheit, dem Mädchen zwei- bis dreimal häufiger ausgesetzt sind als Jungen (Dulz u. Jensen 2000, S. 167). Das könnte unter an-

1 Ich beziehe mich im folgenden auf die Darstellung der »Borderline-Persönlichkeitsstörung« im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM) der American Psychiatric Association, das zu diesem Thema sehr viel präzisere Angaben enthält als das ICD-10.

derem auch erklären, warum etwa 75 Prozent der stationär behandelten Borderline-Patienten weiblich sind (dazu zusammenfassend Rohde-Dachser 1994, S. 79ff.). Die Auseinandersetzung hat mittlerweile dazu geführt, daß eine Reihe von Autoren insbesondere aus dem Bereich der Traumaforschung den Ersatz der Borderline-Diagnose durch die Diagnose einer chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung verlangen.² Kernberg wiederum sieht in dieser Persönlichkeitsstörungs-Trauma-Debatte eine ideologische Komponente (dazu Kernberg 2000b, S. 525).

Zunächst möchte ich mich der Theorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung zuwenden, wie sie zuletzt von Kernberg und seinen Mitarbeitern in einem eigenen Manual zusammengefaßt wurde, und dabei auch auf die Kontroverse eingehen, die sich mit der Rolle des Traumas für die Entstehung dieser Persönlichkeitsstörung befaßt. Anschließend werde ich die Theorie der Borderline-Störung von John Steiner, einem englischen Analytiker der postkleinianischen Schule, vorstellen. Dort wird die Borderline-Position als psychischer Rückzugsort beschrieben, der Zuflucht vor den Ängsten bietet, von denen sich Borderline-Patienten in spezifischer Weise bedrängt fühlen. Zum Schluß werde ich diese Theorien auf ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin untersuchen.

»Borderline« als Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-IV

Das von Kernberg und seinen Mitarbeitern entwickelte Manual zur Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit (Clarkin et al. 1999; Kernberg 2000c) orientiert sich eng an den im DSM-IV definierten Merkmalen dieser Störung. Ich werde deshalb mit einer Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung beginnen, wie wir sie im DSM-IV (S. 735ff.) finden. Dort wird sie durch ein tiefgreifendes Muster von Instabilität

² Dazu gehören im angloamerikanischen Sprachraum vor allem Herman (1992), Herman et al. (1998) und van der Kolk et al. (1996, 1999), im deutschen Sprachraum Reddemann und Sachsse (1998, 1999, 2000).

in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in der Affektivität charakterisiert, zusammen mit stark impulsge- steuertem Verhalten. Anschließend zählt DSM-IV neun Krite- rien auf, von denen mindestens fünf erfüllt sein müssen, wenn man von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sprechen will:

- Das verzweifelte Bemühen, nicht verlassen zu werden (un- abhängig davon, ob es sich dabei um eine reale Gefahr oder nur um eine Vermutung handelt);
- ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschli- cher Beziehungen, in denen Idealisierung und Entwertung einander abwechseln;
- eine ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung, die alle Zeichen der Identitätsdiffusi- on trägt;
- impulsives Verhalten in mindestens zwei Bereichen, die als potentiell selbstschädigend eingestuft werden können (z. B. Geldausgaben, Sexualität, Substanzmißbrauch, rück- sichtsloses Fahren, »Freßanfälle«);
- wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutun- gen oder -drohungen sowie selbstverletzendes Verhalten;
- affektive Instabilität;
- chronische Gefühle von Leere;
- unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren;
- vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome (zitiert in Anlehnung an die deutsche Bearbeitung des DSM-IV von Saß, Wittchen u. Zaudig, 1996, S. 739).

Aus dieser Beschreibung geht hervor, wie vulnerabel Border- line-Patienten sind, und zwar in praktisch allen Lebensberei- chen, und wie stark sie auf die Beziehung zu bedeutsamen Ob- jekten angewiesen sind. Sie tun deshalb alles, um diese Beziehungen aufrechtzuerhalten. Im Widerspruch dazu steht ihre Neigung zu widersprüchlichem, um nicht zu sagen chaotischem Verhalten (mangelnde Impulskontrolle, Wut, Selbst- morddrohungen, selbstverletzendes Verhalten, stark wech- selnde Gefühle etc.). Einige der beschriebenen Symptome lassen sich überdies als Hinweis auf eine traumatische Vorer-

fahrung verstehen (dazu Rohde-Dachser 1995, S. 143ff.; Fiedler 1999, S. 61ff.). Das DSM-IV zieht diese Verbindung aber nicht. So werden etwa selbstschädigende Handlungen, die bei vielen Borderline-Patienten vorkommen und nach meiner Erfahrung fast immer auf einen vorangegangenen sexuellen Mißbrauch hinweisen, mit drohender Trennung in Verbindung gebracht oder mit der Erwartung, mehr Eigenverantwortung zu übernehmen (DSM-IV, S. 736). Sie vermitteln außerdem oft ein Gefühl von Entlastung, weil sie dem Patienten bestätigen, daß er etwas fühlen kann; ebenso könne er auf diese Weise für sein Gefühl von Schlechtsein büßen (S. 736). Eine Verbindung zu traumatisierenden Vorerfahrungen wird nicht gezogen. Ebenso werden paranoide Vorstellungen als Folge einer starken Belastung verstanden, die gewöhnlich nur von kurzer Dauer ist und deshalb keine zusätzliche Diagnose erfordert (S. 736). Zwar finden sich in den Kindheitsgeschichten dieser Patienten auch aus der Sicht des DSM-IV häufiger körperlicher und sexueller Mißbrauch, Vernachlässigung, feindselige Konflikte sowie früher Verlust oder frühe Trennung. Die mögliche Komorbidität mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung wird deshalb auch in Betracht gezogen (S. 737). Für die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung spielt sie aber keine Rolle. Dies kann auch nicht verwundern, denn Kernbergs Vorstellung der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist eine andere. Seine theoretischen Annahmen leiten sich aus der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie her, deren erste Ansätze auf Melanie Klein (1946, 1962) zurückgehen.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung im Licht der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie

Nach der Auffassung der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie internalisiert das Kind von früh an im Austausch mit seiner Umwelt eine Reihe von Beziehungsrepräsentanzen. Diese umfassen jeweils eine Selbst- und eine Objektvorstellung, die durch eine spezifische Gefühlserfahrung miteinander verbunden sind. Melanie Klein spricht in diesem Zusammenhang auch von »inneren« Objekten, die in dieser frühen Zeit nach dem Schwarzweiß-Muster konstruiert sind, das

heißt aufgespalten in »ganz gut« und »ganz böse«. Im Verlauf der Entwicklung werden diese frühen inneren Objekte in der Regel von reiferen Beziehungsvorstellungen überlagert, in denen dem Gegenüber sowohl gute als auch schlechte Eigenschaften zugeschrieben werden. Bei Borderline-Patienten verläuft diese Entwicklung nicht so geradlinig. Die frühen, schwarzweiß gezeichneten inneren Objekte bleiben hier präsent und werden ständig neu in Szene gesetzt. Dabei werden sie vom Patienten als aktuelle Realität erlebt (Clarkin et al. 1999, S. 14f.).³ Borderline-Patienten ist es nicht möglich, diese widersprüchlichen Szenen zueinander in Beziehung zu setzen. Das führt zu innerer Verwirrung und einer Identitätsdiffusion, die Kernberg als eines der Hauptkennzeichen der Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben hat. Die Spaltung der Objektrepräsentanzen in »ganz gut« und »ganz böse« kann nicht aufgegeben werden, weil Borderline-Patienten unbewußt befürchten, daß ihre guten inneren Objekte zerstört werden könnten, würden sie mit den bösen Objekten im Patienten zusammentreffen, die als übermächtig erlebt werden, wobei sie durch die Aggression des Patienten ständig weiter aufgeladen werden. Andere Abwehrmechanismen wie Projektion und Verleugnung werden deshalb herangezogen, um diese Spaltung zu zementieren.

Innerhalb einer Beziehungsrepräsentanz kann die Rollenverteilung oszillieren; das heißt, daß der Patient sich in raschem Wechsel mit den Eigenschaften des Selbst und dann wieder mit denen des Objekts identifiziert. So kann er sich im einen Moment als verfolgtes Kind fühlen und auf den Therapeuten die Rolle des Verfolgers projizieren, während er im nächsten Moment unbewußt selbst in die Rolle des Verfolgers schlüpft und den Therapeuten zu tyrannisieren versucht, der mit dieser Veränderung nicht gerechnet hat und ihr deshalb oft ratlos gegenübersteht (vgl. Clarkin et al. 1999, S. 17). Beziehungsrepräsentanzen können aber auch eingesetzt werden,

³ Die Zitate aus Clarkin, Yeomans u. Kernberg (1999) sind einer Leseprobe des Schattauer-Verlags entnommen, die auf den Lindauer Psychotherapiewochen 2000 verteilt wurde. Die deutsche Übersetzung des Buches »Psychotherapy for Borderline Personality« (New York 1999) war zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Artikels noch nicht erschienen.

um die jeweils gegenteilige Beziehungsvorstellung abzuwehren. Die Abspaltung schützt dann die liebende, versorgende Dyade vor dem Haß der entgegengesetzten Dyade, wie die Spaltung auch die haßerfüllte Dyade vor einem Kontakt mit positiven Affekten schützt (S. 18). Denn Borderline-Patienten fürchten sehr oft auch die Liebe, und ein klares, unverfälschtes Gefühl von Haß schützt sie dann vor den mit der Liebe verbundenen Gefahren (Kernberg 1990). Die Oszillation zwischen verschiedenen Rollen und Objektbeziehungen findet grundsätzlich auf der Verhaltensebene statt und ist dem Patienten nicht bewußt. Dies erklärt einen Teil der Verwirrung nicht nur im Erleben des Patienten, sondern auch in der Gegenübertragung des Analytikers, der in diese Inszenierungen einbezogen wird.

Für die weiteren Überlegungen ist es wichtig, sich die zwei menschlichen Grundpositionen zu vergegenwärtigen, die nach Melanie Klein in den ersten Lebensjahren entstehen, aber ein Leben lang wirksam bleiben, nämlich die paranoid-schizoide und die depressive Position (vgl. dazu u. a. Melanie Klein 1962).

In der paranoid-schizoiden Position fühlt sich der Säugling von primitiven Ängsten bedroht, die er zunächst nach außen projiziert und später wieder verinnerlicht. Das auf diese Weise geschaffene innere Objekt wird von da an zur Quelle allen Bösen. Der Säugling haßt dieses böse Objekt und fürchtet gleichzeitig dessen Haß, so daß eine verfolgende Situation entsteht (Steiner 1993, S. 51). Auf analoge Weise entsteht bereits beim Säugling das unrealistische Bild einer nur liebevollen Objektbeziehung, die vor jeder Unvollkommenheit geschützt werden muß. In der paranoid-schizoiden Position wechseln aus diesem Grund Erlebnisse von Idealisierung und Verfolgung einander ab. Der Verlust des guten Objekts wird dabei »wie die Anwesenheit eines bösen Objekts erlebt, wobei die idealisierte Situation in eine verfolgende umschlägt« (Steiner 1993, S. 51). Die verfolgenden Ängste können ein solches Ausmaß annehmen, daß sie zur Selbstfragmentierung führen und für das Selbst eine ernsthafte Bedrohung darstellen.

Andere Ängste, die ähnlich bedrohlich wirken können, entstammen der »depressiven Position« (Melanie Klein 1962). In der depressiven Position geht es im Gegensatz zur parano-

id-schizoiden Position um *ganze* Objekte, also Objekte, die sowohl gute als auch schlechte Eigenschaften besitzen und vom Kind dementsprechend ambivalent erlebt werden. In der depressiven Position erkennt das Kind, daß es dasselbe Objekt (dieselbe Mutter) ist, von der die Befriedigung kommt, aber auch die Frustration. Die Aggression auf dieses Objekt zieht deshalb Gefühle von Verlust und Schuld nach sich und erweckt das Bedürfnis nach Wiedergutmachung. Hinzu kommt die Sorge um das mütterliche Objekt, von dem sich das Kind extrem abhängig fühlt (Steiner 1993, S. 52). Je größer der Haß auf dieses Objekt, desto größer ist auch die Angst, es zu verlieren; um so intensiver sind deshalb auch die Schuldgefühle, die mit dem Haß verbunden sind, und um so geringer das Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Wiedergutmachung.

Die Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung

In der Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Kernberg geht es zentral darum, dem Patienten den Weg von der paranoid-schizoiden Position hin zur depressiven Position zu bahnen und sich mit der Angst und Wut auseinanderzusetzen, die dabei ins Erleben drängen. In der Borderline-Therapie erfolgt diese Auseinandersetzung in der Übertragung, denn »die innere Welt der Objektbeziehungen und Abwehrmechanismen manifestiert sich in den Übertragungs/Gegenübertragungsmustern, die im therapeutischen Raum auftauchen« (Clarkin et al. 1999, S. 16). Die Aggression des Patienten wird hier aber ausdrücklich *nicht* als Reaktion auf die reale Erfahrung mütterlicher Defizienz verstanden. Clarkin, Yeomans und Kernberg gehen vielmehr von einer komplexen Verschränkung von konstitutionellen Faktoren und Umwelteinflüssen aus, die zur Entwicklung einer psychischen Struktur geführt hat, in der verzerrte, primitive und voneinander abgespaltene Bilder des Selbst und der Objekte auch im Erwachsenenleben fortbestehen (S. 11f.). Die gesteigerte Aggression ebenso wie die gesteigerte Vulnerabilität dieser Patienten werden dabei eher konstitutionellen Faktoren als Umwelteinflüssen zugerechnet, so wie Kernberg dies bereits

1975 in seinem mittlerweile zum Klassiker gewordenen Werk »Borderlinestörungen und pathologischer Narzißmus« getan hat.

Clarkin, Yeomans und Kernberg sehen das von ihnen vorgelegte Therapiemanual, das auf diesen Gedankengängen aufbaut, als *störungsspezifisch* an, weil es Mittel und Wege weist, die voneinander gespaltenen, primitiven Objektbeziehungen und die damit einhergehenden primitiven Abwehrmechanismen innerhalb der Übertragungs-Gegenübertragungs-Konstellation zu erkennen und den Patienten damit zu konfrontieren. Der Patient soll auf diese Weise allmählich in die Lage versetzt werden, die voneinander abgespaltenen Inhalte auf einer höheren Bewußtseinsebene zu integrieren.

Persönlichkeitsstörung oder Trauma – eine Kontroverse

»Trauma first«

Einer so verstandenen Borderline-Therapie steht im Rahmen der Persönlichkeitsstörungs-Trauma-Kontroverse ein Therapiekonzept gegenüber, das sich am ehesten unter dem Schlagwort »Trauma first« zusammenfassen läßt (vgl. Reddemann u. Sachsse 1999, S. 16). Die Autoren, die dieses Konzept vertreten (u. a. van der Kolk et al. 1996, 1999; Herman 1992; Sachsse und Reddemann 1998, 1999, 2000), berufen sich auf Forschungsergebnisse, die eindrucksvoll zeigen, daß zwischen 60 und 90 Prozent der Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die stationär behandlungsbedürftig waren, in ihrer Kindheit und Jugend gravierend traumatisiert wurden (Zusammenfassungen bei Rohde-Dachser 1995, S. 141ff.; Paris 2000, S. 159; Dulz u. Jensen 2000, S. 168). Die Herstellung einer kausalen Verbindung von sexuellem und/oder körperlichem Mißbrauch in der Kindheit und der späteren Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung drängt sich von daher geradezu auf. Herman und van der Kolk haben die psychischen Auswirkungen erlittener Traumata unter dem Kürzel BAD FEARS zusammengefaßt, wobei jeder Buchstabe für eine solche Folgeerscheinung steht. Die Borderline-Persönlichkeit

steht dort an erster Stelle (Herman u. van der Kolk 1987).⁴ Gleichzeitig begegnet man hier einem Abrücken von der Psychoanalyse, die mit der Aufgabe der Verführungstheorie durch Freud bereits im Jahr 1896 auch die Denkkategorie »Opfer« abgeschafft habe (Reddemann u. Sachsse 1999, S. 17). Seitdem habe das Trauma in der Psychoanalyse nur mehr den Charakter eines Auslösers von Phantasien, mit denen Kinder auf dieses Trauma reagieren. Die meisten dieser Phantasien sind aber ubiquitär. Das bedeutet, daß jeder Mensch mitschuldig werde an dem, was ihm widerfuhr. Von daher könne das psychoanalytische Behandlungsreservoir den pathogenen Folgen traumatischer Erfahrungen nicht gerecht werden. Reddemann und Sachsse schlagen deshalb ein auf die Traumafolgen konzentriertes Therapiekonzept vor, das für Patient und Therapeut nicht nur befriedigender verlaufe, sondern auch erfolgreicher sei (1999, S. 19). Ein solches Therapiekonzept trage außerdem der spezifischen Verarbeitung Rechnung, mit der traumatische Erfahrungen sich ins Gedächtnis einschreiben. Diese Erfahrungen werden aufgrund der extremen Reizüberflutung, die mit ihnen verbunden ist, in der Regel nicht im semantischen Gedächtnis gespeichert. Damit bleiben sie aber auch außerhalb einer bedeutungsgebenden psychischen Struktur. Ihre Speicherung erfolgt statt dessen im prozeduralen Gedächtnis, von wo aus sie über Sinneswahrnehmungen oder Gefühle, die mit der ursprünglichen traumatischen Szene assoziiert sind, jederzeit wieder aufgerufen werden können (Bohleber 2000, S. 10). Der Patient wird dann erneut von seinen traumatischen Erfahrungen überschwemmt.

In dieser traumatischen Erfahrung bricht die Beziehung zwischen dem Selbst und seinen guten inneren Objekten auseinander; absolute Einsamkeit und äußerste Trostlosigkeit sind die Folge (Bohleber 2000, S. 25). Dem Opfer bleibt in dieser Situation deshalb nichts anderes übrig, als sein Bedürfnis nach einer elementaren Form von Empathie auf den Täter zu

4 Zu den »Bad Fears« gehören: 1) die Borderline-Persönlichkeitsstörung; 2) die affektiven Störungen; 3) schwere Depressionen; 4) dissoziative Symptome einschließlich der multiplen Persönlichkeit; 5) Flashbacks; 6) schwere Eßstörungen; 7) antisoziale Persönlichkeitsstörungen; 8) chronische Opferbereitschaft; 9) Somatisierung; 10) chronische Suizidalität (zitiert nach Kernberg 1999, S. 5f.).

projizieren und diesen als bedeutungsgebendes Objekt zu internalisieren. Damit tritt das maligne, verfolgende Objekt an die Stelle der guten inneren Objekte und bestimmt von da an den inneren Dialog (S. 26). Psychoanalytiker gehen deshalb davon aus, daß die traumatische Situation mit all ihren Begleiterscheinungen in der Übertragung wiederbelebt werden muß, wenn es dem Patienten gelingen soll, das Trauma allmählich in eine bedeutungsgebende innere Struktur zu integrieren (dazu Ehlert u. Lorke 1988; Ehlert-Balzer 1996). Trauma-Therapeuten verfolgen das gleiche Ziel, allerdings ohne daß aus ihrer Sicht das Trauma dazu in der Übertragung zwischen Patient und Therapeut reinszeniert zu werden bräuchte (Reddemann u. Sachsse 1998, S. 289ff.).

Das Konzept der Traumatherapie

Die Traumatherapie verläuft – so Reddemann und Sachsse (2000, S. 563ff.) – im Gegensatz zur übertragungsfokussierten Borderline-Therapie nach Clarkin, Yeomans und Kernberg (1999) im Rahmen einer »reinen Arbeitsbeziehung«. Das bedeutet, daß alle traumabedingten Verzerrungen des Selbst- und Objekterlebens, aber auch alle Schritte zum Aufbau guter innerer Objekte auf der *inneren Bühne des Patienten* erfolgen, und zwar mit Hilfe der vom Therapeuten induzierten Imagination. Die Übertragung des Patienten wird nur aufgegriffen, wenn sie die therapeutische Arbeit auf dieser inneren Bühne empfindlich zu stören beginnt (Reddemann u. Sachsse 2000, S. 563). So verfolgt die Traumatherapie unter anderem das Ziel, mit Hilfe imaginativer Techniken im Patienten einen »sicheren inneren Ort« (S. 565) zu errichten, in dem er Zuflucht finden kann, wenn ihn traumatische Ängste zu überwältigen drohen. Auf die gleiche Weise werden »gute innere Helfer« ins Leben gerufen, die dem Patienten später, wenn er sich mit seinen traumatischen Erfahrungen direkt auseinandersetzt, zur Seite stehen können. In der Regel sind diese inneren Helfer allerdings keine wirklichen Menschen, denn »Menschen waren und sind nie nur gut« (S. 566). Die inneren Helfer sind eher »Fabelwesen, Märchengestalten, sprechende Tiere, Pflanzen oder Steine« (S. 566). Der Therapeut als innerer Helfer scheidet

det damit aus. Ein großer Teil der therapeutischen Arbeit erfolgt mit dem inneren Kind im Patienten, wobei der Patient als Erwachsener aufgefordert wird, sich diesem inneren Kind zuzuwenden (S. 567). Auf diese Weise werden allmählich die inneren Voraussetzungen geschaffen, die es dem Patienten erlauben, sich früher oder später bewußt und aktiv mit seinem Trauma zu konfrontieren, von dem er sich bisher immer nur passiv überwältigt fühlte. Ziel der Traumaexposition ist es, mit dem Wiedererleben die traumatischen Erfahrungen auf die Symbolebene zu heben und in ein Narrativ zu übersetzen.

Die letzte Therapiephase dient dann der Trauer um das, was geschehen ist, der Auseinandersetzung mit den eigenen Schuld- und Schamgefühlen und einer Neuorientierung, bei der nunmehr auch die Beziehungen der Gegenwart eine immer größere Rolle spielen.⁵

Offene Fragen

Nach Reddemann und Sachsse ist die hier beschriebene Traumatherapie nicht nur für Extremtraumatisierte, sondern auch für Borderline-Persönlichkeitsstörungen die Methode der Wahl. Nicht berücksichtigt ist dabei allerdings die Tatsache, daß es auch Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt, die keine explizit traumatische Vorerfahrung haben. Offen bleibt auch, ob zwischen früheren traumatischen Erfahrungen und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung immer der Zusammenhang besteht, den die bereits referierten Forschungsergebnisse behaupten. J. Paris, in den USA einer der angesehensten Forscher auf diesem Gebiet, hält solche Schlußfolgerungen für ausgesprochen verfrüht (Paris 2000, S. 159). Er kommt unter Hinzuziehung von epidemiologischen Studien, die sich auf die Allgemeinbevölkerung beziehen, und aufgrund eigener Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß das Zusammentreffen von Trauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung bisher lediglich eine ge-

5 Für eine genauere Darstellung der Traumatherapie einschließlich der dabei verwendeten EMDR-Techniken vgl. Reddemann u. Sachsse 2000, S. 562ff.

dankliche Verknüpfung sei; ein kausaler Zusammenhang könne damit nicht bewiesen werden (S. 159). Es gebe zwar Risikofaktoren, die in Verbindung mit anderen Variablen das statistische Risiko für die Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erhöhen. Bislang sei aber nicht bekannt, ob traumatische Erfahrungen dabei eine bedeutendere Rolle spielten als andere Faktoren wie etwa emotionale Vernachlässigung oder Zerrüttung der Familie. Untersuchungen an der Allgemeinbevölkerung zu kindlichem sexuellem Mißbrauch (Browne u. Finkelhor 1986) und kindlicher körperlicher Mißhandlung (Malinowski-Rummell u. Hansen 1993) zeigen außerdem, daß im Langzeitverlauf eine überwältigende Mehrheit der Kinder, die solchen Erfahrungen ausgesetzt waren (d. h. etwa 80 %), als Erwachsene keine meßbare Psychopathologie aufweisen. Paris schließt daraus, daß die unterschiedlichen Folgen kindlicher Traumatisierungen von den kumulativen Einflüssen anderer Risikofaktoren abhängen und daß auch protektive Faktoren eine große Rolle spielen. Eigene Untersuchungen über einen möglichen Zusammenhang zwischen sexuellem Mißbrauch und Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Paris und seine Mitarbeiter in Montreal durchführten (dazu Paris, Zweig-Frank u. Gudzer 1994a, 1994b), erbrachten, daß bei einem Drittel der Patienten, die von schwerem Mißbrauch oder Mißhandlung berichteten, dem Trauma bei der Entwicklung der Borderline-Psychopathologie eine entscheidende Rolle zukommt, während bei den verbleibenden zwei Dritteln andere Faktoren eine wichtigere Rolle spielen (Paris 2000, S. 163). Es fanden sich auch keine Zusammenhänge zwischen Selbstverletzung und Trauma, wenn man von dem Auftreten beider im Rahmen der Borderline-Diagnose absieht (Zweig-Frank, Paris u. Gudzer 1994).

Paris zieht daraus die Schlußfolgerung, daß angeborene Temperamentsunterschiede, zu denen auch eine gesteigerte Vulnerabilität gehört, und Umwelteinflüsse in komplexer Weise zusammenwirken müssen, damit sich eine Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt. Er neigt damit einer Sichtweise zu, die im Einklang mit der von Kernberg bereits 1975 formulierten Hypothese steht, nach der spätere Borderline-Patienten bereits sehr früh konstitutionell bedingte Abweichungen erkennen lassen, die die Ausbildung einer Borderline-

Psychopathologie maßgeblich mit beeinflussen (Paris 2000, S. 164). Ohne dies in Frage stellen zu wollen, möchte ich hier eine andere These vertreten, nach der die Borderline-Persönlichkeitsstörung vor allem die Folge einer langdauernden traumatisierenden Beziehung ist.

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Endpunkt einer traumatisierenden Beziehung

Für die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung ist entscheidend, wann die Traumatisierung stattgefunden hat, ob in der Kindheit oder erst später, im Erwachsenenleben. Traumatische Erfahrungen in der Kindheit, insbesondere wenn sie sehr früh ihren Anfang nehmen, sind in der Regel in eine traumatisierende Beziehung eingebettet, aus der es für das Kind kein Entrinnen gibt und in der es deshalb nur überleben kann, wenn es diese Beziehung internalisiert. Die gespaltenen Objektbeziehungen, die Kernberg als borderline-typisch beschreibt, können auch als psychischer Niederschlag solcher Internalisierungen verstanden werden. Physischer oder sexueller Mißbrauch können dabei eine Rolle spielen; notwendig ist dies aber nicht. Es gibt eine Vielzahl chronisch traumatisierender Erfahrungen, die eine Kindheit zum Alptraum werden lassen, die mit solchen spezifischen Trauma-Bezeichnungen nicht zu fassen sind.

Die Psychoanalyse hat dies seit langem zu beschreiben versucht. So führte Khan (1963) den Begriff des »kumulativen Traumas« ein. Damit meint er das Versagen der mütterlichen Hilfs- und Schutzfunktion, die dazu führt, daß die anwachsenden inneren Spannungen für den Säugling traumatisch werden. Kernberg (1997) spricht unter Bezugnahme auf die Ergebnisse der Säuglingsforschung von Spitzenaffekten (das sind hochintensive Affekte insbesondere von Verzweiflung, Angst und Wut), die vom Kind nur integriert werden können, wenn sie sich im Rahmen einer verlässlichen Beziehung ereignen (Bion 1962). Ist das nicht der Fall, bekommen die Spitzenaffekte eine traumatische Qualität, die nicht eine psychische Struktur überführt werden kann. Sie verbleiben deshalb auf der Handlungsebene, von wo aus sie nicht erinnert, sondern

auch im späteren Leben nur wiederholt werden können (Lichtenberg 1990, S. 876f.). Lichtenberg hat im gleichen Zusammenhang das Konzept der *Modellszenen* entwickelt. Es handelt sich dabei um typische Szenen, in denen sich die Beziehungserfahrungen des Kindes vor allem mit seiner Mutter niederschlagen. Die Modellszenen, die für Borderline-Patienten charakteristisch sind, zeigen eine enge, nicht auflösbare Beziehung zwischen Mutter und Kind bei gleichzeitig extremer Frustration des Kindes, dessen eigene Wünsche dabei auf der Strecke bleiben. Auch diese Szenen können nicht symbolisch repräsentiert werden. Dazu sind sie viel zu widersprüchlich und von einer Mischung von Liebes- und Haßgefühlen geprägt, die nicht auflösbar erscheint. Müller-Pozzi (1985) spricht von einem »infantilen Entwicklungs-trauma«, das in dem Zwang des Kindes besteht, sich mit der traumatisierenden Mutter zu identifizieren (dazu auch Ehler-Balzer 2000, S. 729). Auch die Opfer von Extremtraumatisierung im Erwachsenenalter – zum Beispiel durch Folter – kämpfen, wenn in der Regel auch vergeblich, dagegen an, mit dem Folterer eine intensive Beziehung einzugehen, weil andere schützende innere Objekte nicht oder nicht mehr zur Verfügung stehen (Amati 1977). Die traumatisierenden Objektbeziehungen, denen das kleine Kind ausgesetzt ist, sind von Anfang an dieser Form der Pervertierung unterworfen.

Man wird deshalb Borderline-Patienten in der Regel nicht gerecht, wenn man ihre Behandlung ausschließlich auf die erlittenen Traumata abstellt, wie unter anderem Reddemann und Sachsse es tun. Natürlich ist es Aufgabe des Therapeuten, die traumatischen Erlebnisse, die der Patient ihm im Lauf der Behandlung schildert, so ernst wie nur irgend möglich zu nehmen und ihm das Gefühl zu vermitteln, daß er auf seiner Seite steht. Ernst genommen werden muß aber auch die Art und Weise, mit der der Patient als Kind auf die traumatisierende Beziehungserfahrung reagiert hat und wie die damit einhergehende Destruktivität im Lauf der Jahre von einer äußeren Bedrohung immer mehr zu einem destruktiven Introjekt geworden ist, das den Patienten nunmehr von innen angreift. Dieses Introjekt wird gleichzeitig geliebt und gehaßt, so wie dies früher einmal auch für das Objekt galt, mit dem der Patient in einer traumatisierenden Beziehung verwoben war. Die

Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur mit der für sie typischen Spaltung in ganz gute und ganz böse Objekte kann dann auch als ein lebenserhaltendes Abwehrmanöver verstanden werden, in der das phantasierte gute Objekt festgehalten wird, um als Schutz gegen die Angriffe des Täter-Injekts zu fungieren (Rohde-Dachser 1995, S. 78).

In der Borderline-Störung stecken aber auch noch weitere, lebenserhaltende Ressourcen. Im folgenden möchte ich zeigen, wie die Borderline-Struktur auch als *seelischer Rückzugsort* beschrieben werden kann, der vor den Ängsten Schutz bietet, von denen sich Borderline-Patienten auf existentielle Weise bedroht fühlen. Ich werde dazu die Borderline-Theorie von John Steiner (1995) vorstellen.

Die Borderline-Position als Rückzugsort vor paranoiden und depressiven Ängsten

Beschreibung der Borderline-Position

Steiner hat eine Theorie der »Borderline-Position« entwickelt, in der diese als Rückzugsmöglichkeit vor Ängsten verstanden wird, die der paranoid-schizoiden und der depressiven Position angehören. Der Rückzug auf die Borderline-Position kann einmal durch intensive Verfolgungsängste ausgelöst werden. Die Borderline-Position ist dann ein Zufluchtsort, der vor dem verfolgenden inneren Objekt Sicherheit bietet. Ebenso kann die Borderline-Position aber auch Schutz vor Ängsten gewährleisten, die mit der depressiven Position zusammenhängen. Dort stehen starke Verlustängste, Schuldgefühle und die Angst vor der Unmöglichkeit der Wiedergutmachung im Vordergrund. Die Borderline-Position dient als Zufluchtsort, wenn die in der paranoid-schizoiden oder depressiven Position erlebten Ängste überhandnehmen (Steiner 1995, S. 53). Wenn es zur Dekompensation dieser Abwehrstruktur kommt, können unerträgliche Gefühle von Trauer und Schuld oder wahnhaft-psychotische Zustände entstehen (Weiß 2000, S. 645). Steiner beschreibt diese Abwehrstruktur im Anschluß an Bion in einem Modell (Abb. 1).

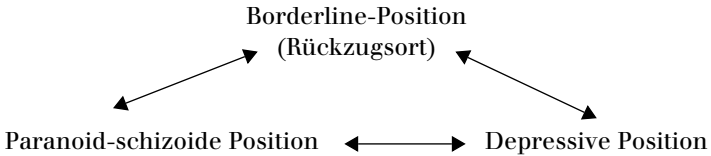


Abbildung 1: Borderline-Position als Rückzugsort
(vgl. Steiner 1993, S. 53)

In den Phantasien oder Träumen der Patienten ist dieser Rückzugsort oft räumlich gedacht. Es handelt sich dann vielleicht um eine Höhle, in der der Patient Zuflucht sucht, eine Insel, zu der niemand Zutritt hat als nur der Patient, einen großen Regenschirm, der alles zudeckt und unter dem man sich deshalb gut verstecken kann, einen Dachboden, von dessen Existenz nur der Patient weiß, oder eine andere phantastische, selbst konstruierte Welt. Der Raum kann auch in ein Objekt verlegt werden. Die Rückzugsphantasie kann dann unter anderem in den Schoß der Mutter, ihren Anus oder ihre Brüste führen (Steiner 1993, S. 27). Immer aber handelt es sich um Orte, in denen Phantasie und Omnipotenz ungeprüft weiterbestehen können und alles erlaubt ist (S. 20). Dazu gehört auch die Idealisierung von Destruktivität. Wir haben es demnach mit einem hochorganisierten Abwehrsystem zu tun, das aufgrund seiner Rigidität und Komplexität außerordentlich schwierig zu verändern ist. Oft bekommt der Analytiker sogar den Eindruck, als habe der Patient sich an die Verhältnisse des Rückzugs gewöhnt und hänge ihnen an, um daraus eine perverse Art von Gratifikation zu beziehen (S. 51). In jedem Fall leben Borderline-Patienten mit zwei verschiedenen Versionen der Wirklichkeit. In der einen wird die Realität anerkannt, in der anderen radikal verleugnet (S. 52).

Therapeutisches Dilemma

Der Analytiker gerät in diesen Behandlungen in ein Dilemma: Sobald er die unbewußten Konflikte und Ängste anspricht, die hinter den Symptomen des Patienten stehen und nun in der Übertragung sichtbar werden, riskiert er, daß der Patient sich