

Christa Rohde-Dachser, Franz Wellendorf (Hg.)  
Inszenierungen des Unmöglichen

Das Anliegen der Buchreihe **BIBLIOTHEK DER PSYCHOANALYSE** besteht darin, ein Forum der Auseinandersetzung zu schaffen, das der Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft, als Human- und Kulturwissenschaft sowie als klinische Theorie und Praxis neue Impulse verleiht. Die verschiedenen Strömungen innerhalb der Psychoanalyse sollen zu Wort kommen, und der kritische Dialog mit den Nachbarwissenschaften soll intensiviert werden. Bislang haben sich folgende Themenschwerpunkte herauskristallisiert:

Die Wiederentdeckung lange vergriffener Klassiker der Psychoanalyse – beispielsweise der Werke von Otto Fenichel, Karl Abraham, Siegfried Bernfeld, W. R. D. Fairbairn, Sándor Ferenczi und Otto Rank – soll die gemeinsamen Wurzeln der von Zersplitterung bedrohten psychoanalytischen Bewegung stärken. Einen weiteren Baustein psychoanalytischer Identität bildet die Beschäftigung mit dem Werk und der Person Sigmund Freuds und den Diskussionen und Konflikten in der Frühgeschichte der psychoanalytischen Bewegung.

Im Zuge ihrer Etablierung als medizinisch-psychologisches Heilverfahren hat die Psychoanalyse ihre geisteswissenschaftlichen, kulturanalytischen und politischen Bezüge vernachlässigt. Indem der Dialog mit den Nachbarwissenschaften wieder aufgenommen wird, soll das kultur- und gesellschaftskritische Erbe der Psychoanalyse wiederbelebt und weiterentwickelt werden.

Die Psychoanalyse steht in Konkurrenz zu benachbarten Psychotherapieverfahren und der biologisch-naturwissenschaftlichen Psychiatrie. Als das ambitionierteste unter den psychotherapeutischen Verfahren sollte sich die Psychoanalyse der Überprüfung ihrer Verfahrensweisen und ihrer Therapieerfolge durch die empirischen Wissenschaften stellen, aber auch eigene Kriterien und Verfahren zur Erfolgskontrolle entwickeln. In diesen Zusammenhang gehört auch die Wiederaufnahme der Diskussion über den besonderen wissenschaftstheoretischen Status der Psychoanalyse.

Hundert Jahre nach ihrer Schöpfung durch Sigmund Freud sieht sich die Psychoanalyse vor neue Herausforderungen gestellt, die sie nur bewältigen kann, wenn sie sich auf ihr kritisches Potenzial besinnt.

**BIBLIOTHEK DER PSYCHOANALYSE**  
Herausgegeben von Hans-Jürgen Wirth

CHRISTA ROHDE-DACHSER,  
FRANZ WELLENDORF (HG.)

# Inszenierungen des Unmöglichen

Theorie und Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen

Mit Beiträgen von Werner Bohleber, Martin Dornes,  
Ingo Focke, Peter Fonagy, Klaus Grabska, Wulf Hübner,  
Jürgen Kind, Walter Marggraf, Rosine J. Perelberg,  
Edeltraud Putz-Meinhardt, Reimut Reiche,  
Christa Rohde-Dachser, Ulrich Streeck  
und Bernhard Waldenfels

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.

Neuauflage der Ausgabe von 2004 (Klett-Cotta, Stuttgart)

© 2015 Psychosozial-Verlag  
Walltorstr. 10, D-35390 Gießen  
Fon: 0641 - 969978 - 18; Fax: 0641 - 969978 - 19  
E-Mail: [info@psychosozial-verlag.de](mailto:info@psychosozial-verlag.de)  
[www.psychosozial-verlag.de](http://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.

Umschlagabbildung: Odilon Redon: »L'Oeil, comme un ballon bizarre, se dirige vers l'infini«  
(Das Auge, wie ein bizarrer Ballon, bewegt sich in die Unendlichkeit), 1882

Umschlaggestaltung: Hanspeter Ludwig, Wetzlar  
[www.imaginary-world.de](http://www.imaginary-world.de)

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar  
[www.majuskel.de](http://www.majuskel.de)  
Printed in Germany  
ISBN 978-3-8379-2497-8

---

# Inhalt

Vorwort .....	7
CHRISTA ROHDE-DACHSER:	
Einführung .....	9
1 Persönlichkeitsstörung und szenische Inszenierung: neuere theoretische Zugänge .....	29
Einleitung (Christa Rohde-Dachser) .....	29
CHRISTA ROHDE-DACHSER:	
„In den Himmel kommen, ohne zu sterben“ – Inszenierungen des Unmöglichen als Selbsterhaltungsstrategie .....	36
WERNER BOHLEBER:	
Trauma und Persönlichkeitsstörung .....	60
JÜRGEN KIND:	
Kränkung und destruktiver Narzißmus. Zum Zerstörungs- potential von Selbstobjektbeziehungen .....	76
WULF HÜBNER:	
Wenn aus Wörtern wieder Sachen werden. Überlegungen zur Theorie der symbolischen Gleichsetzung .....	106
ULRICH STREECK:	
„... sondern er benimmt sich in solcher Weise gegen den Arzt.“ Über nichtsprachliches Verhalten im therapeutischen Dialog mit strukturell gestörten Patienten .....	131

<b>2 Über die Rolle szenischer Inszenierungen im psychoanalytischen Behandlungsprozeß</b> .....	155
Einleitung (Christa Rohde-Dachser) .....	155
PETER FONAGY: Das Versagen der Mentalisierung und die Arbeit des Negativen ..	163
KLAUS GRABSKA: Die Desobjektalisierung des Psychoanalytikers .....	187
ROSINE J. PERELBERG: Gewalt und ihre Abwesenheit im psychoanalytischen Prozeß ....	210
INGO FOCKE: Das Schicksal unerträglicher Affekte in der Übertragung .....	227
EDELTRAUD PUTZ-MEINHARDT: „Ich klaue, also bin ich.“ – Über die psychoanalytische Behandlung einer kleptomanischen Patientin .....	245
WALTER MARGGRAF: Die Pervertierung des psychoanalytischen Prozesses als Widerstand gegen Veränderung .....	269
<b>3 Schwere Persönlichkeitsstörungen in der Außenperspektive: entwicklungspsychologische, soziologische und philosophische Aspekte</b> .....	291
Einleitung (Christa Rohde-Dachser) .....	291
MARTIN DORNES: Mentalisierung, psychische Realität und die Genese des Handlungs- und Affektverständnisses in der frühen Kindheit ..	297
REIMUT REICHE: Früh, tief, schwer – Probleme psychoanalytischer Zeitdiagnose, dargestellt an „Big Brother – erste Staffel“ .....	339
BERNHARD WALDENFELS: Gelebte Unmöglichkeit .....	371
Herausgeber, Autorinnen und Autoren .....	393

---

## Vorwort

Dieser Sammelband vereinigt Vorträge, die während der Jahrestagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft im Jahre 2003 an der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt, gehalten und für die Veröffentlichung teilweise erheblich erweitert und ergänzt wurden. Die Aufsätze bieten einen repräsentativen Querschnitt durch die psychoanalytische Theorie und Behandlungsmethode, die heute für die Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen zur Verfügung stehen.

Die Indikation für die psychoanalytische Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen hat sich in den vergangenen Jahren erheblich erweitert. Gingene die meisten Psychoanalytiker bis vor kurzem noch davon aus, daß für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen aufgrund ihrer starken Neigung zur Regression das psychoanalytische Behandlungsverfahren eher kontraindiziert sei, so zeigen die in diesem Buch versammelten Aufsätze, daß es heute möglich ist, auch diese Patienten psychoanalytisch zu behandeln. Von entscheidender Bedeutung ist dabei die therapeutische Beziehung als eine „Bühne“, auf der der Patient seine unbewußten Konflikte und Traumata in Szene setzen kann. Dabei weist er dem Analytiker spezifische Rollen zu, die diesem inneren Drama entstammen. Der Analytiker übernimmt unbewußt diese Rollen, um sie in einem nächsten Schritt zunächst bei sich zu reflektieren, die damit verbundene Szene zu verstehen und diese anschließend auch dem Patienten zu deuten. Die in diesem Buch versammelten Aufsätze bieten dem Leser die Gelegenheit, diesen spannenden Prozeß aus nächster Nähe mitzuerleben.

Wir möchten an dieser Stelle allen Autorinnen und Autoren danken, die an dem Band mitgewirkt haben, und dem Verlag Klett-Cotta, der uns bei der

Veröffentlichung in vieler Hinsicht mit Rat und Tat unterstützt hat. Wir hoffen, daß die Beiträge einem größeren Leserkreis vermitteln werden, wie das Behandlungsspektrum der Psychoanalyse sich erweitert hat und welche Möglichkeiten ihr heute zur Verfügung stehen, um sich einer ihrer anspruchsvollsten Aufgaben, der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen, erfolgreich zu stellen.

Frankfurt a. M., im März 2004

*Franz Wellendorf,  
Vorsitzender der DPG*

*Christa Rohde-Dachser*

## ■ **Einführung**

Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen kommen heute immer häufiger in die psychoanalytische Praxis und stellen den Psychoanalytiker vor besondere Herausforderungen. Die Patienten stehen meist unter einem erheblichen Leidensdruck. Trotzdem sind sie oft über lange Zeit keinen psychoanalytischen Deutungen zugänglich. Sie haben sich zwar äußerlich an ihre Umwelt, die sie in der Regel als feindlich erleben, mehr oder minder angepaßt. Möglich war dies aber nur durch eine Spaltung der Realität in eine reale Welt und eine omnipotente Wunschwelt, in der in der Phantasie das in Szene gesetzt wird, was die Realität verweigert. Diese narzißtische Wunschwelt bildet für den Patienten gleichzeitig einen inneren Zufluchtsort, in den er sich zurückziehen kann, wenn die Konflikte in der realen Welt für ihn unerträglich werden. In dem allein von ihm erschaffenen narzißtischen Universum scheint demgegenüber alles möglich. Die Zeit ist dort stillgestellt, nichts verändert sich, alles bleibt, wie es ist. In dieser Phantasie ist der Patient deshalb auch dem Schmerz von Trennung und Tod enthoben. Die „Inszenierungen des Unmöglichen“, von denen in diesem Band die Rede ist, sind von solchen Omnipotenzphantasien getragen.

Die psychoanalytische Behandlung zielt demgegenüber auf eine Veränderung der bestehenden Situation, auf Erkenntnis, Einsicht, Konfliktbewältigung, Beziehungsfähigkeit und die Ermöglichung von Trauer um das, was verloren ist. Patienten, die gelernt haben, sich in schwierigen Situationen von der Umwelt abzukoppeln und sich in ihr narzißtisches Universum zurückzuziehen, können dies nur schwer akzeptieren, auch wenn sie die psychoanalytische Behandlung mit der klaren Absicht begonnen haben, sich ihren inneren Probleme zu stellen. Denn ihre Erfahrung bis zum Zeitpunkt des Beginns der Analyse war, daß Veränderungen nur Leid und Schmerz mit sich bringen können. Wie dieser Widerspruch überwunden

werden kann und welche Schwierigkeiten sich dabei für Patient und Analytiker ergeben, davon handelt dieser Band.

In dieser Einführung möchte ich als erstes definieren, was gemeint ist, wenn hier von „schweren Persönlichkeitsstörungen“ oder „Borderlinestörungen“ die Rede ist. Dann werde ich auf einige Fortentwicklungen innerhalb der psychoanalytischen Theorie hinweisen, die die Indikation für eine psychoanalytische Behandlung auch schwerer gestörter Patienten beträchtlich erweitert haben. In einem weiteren Abschnitt werde ich die wichtigsten theoretischen Modelle vorstellen, die heute für die psychodynamische Erklärung der Borderlinestörungen zur Verfügung stehen, und anschließend auf einige behandlungstechnische Aspekte der Borderline-Therapie eingehen. Zum Schluß werde ich die in diesem Band versammelten Aufsätze vorstellen, in denen die in dieser Einführung beschriebenen theoretischen Konzepte weiter ausgeführt werden und gezeigt wird, wie sie in der psychoanalytischen Behandlung von Borderline-Patienten zum Tragen kommen.

## **1. Was sind „schwere Persönlichkeitsstörungen“?**

Im Anschluß an Kernberg (1975, 2000), Fonagy (Fonagy & Target 2000) und Green (2000a) werde ich im folgenden statt von „schwerer Persönlichkeitsstörung“ von „Borderlinestörung“ sprechen und damit Patienten bezeichnen, deren innere Struktur die folgenden Merkmale aufweist:<sup>1</sup>

- a) Patienten mit einer Borderlinestörung können gegenüber ihren inneren Konflikten keine beobachtende Außenposition einnehmen und sind in der therapeutischen Beziehung deshalb darauf angewiesen, diese Konflikte auf der Handlungsebene zu inszenieren.
- b) Die dabei aktivierten archaischen Objektbeziehungen besitzen für den Patienten keine Als-ob-Qualität, sondern werden im Augenblick der Inszenierung als Realität erlebt.
- c) Die Abwehrmechanismen von Borderline-Patienten bewegen sich vorwiegend auf der Ebene der Spaltung und der projektiven Identifizierung.
- d) Das Erleben des Patienten ist von intensiven Übertragungen bestimmt, denen auf Seiten des Therapeuten entsprechend heftige Gegenübertragungsreaktionen gegenüberstehen.
- e) Patienten mit einer Borderlinestörung sind oft über lange Zeit ungewöhnlich behandlungsresistent. Negative therapeutische Reaktionen sind die Regel.

Gemessen an den Kriterien des OPD (Arbeitskreis Operationalisierte Psychochodynamische Diagnostik 1996) handelt es sich in der Regel um Störungen von geringem bis mäßigem Strukturniveau.

Insbesondere wegen ihrer starken Regressionsneigung, die auch das Ich des Patienten in Mitleidenschaft zieht, galt eine psychoanalytische Behandlung der Borderlinestörung bis vor kurzem als eher kontraindiziert (dazu Rohde-Dachser 2000, S. 147f.). Dies hat sich unter dem Eindruck theoretischer und behandlungstechnischer Entwicklungen, die die Psychoanalyse in den letzten Jahrzehnten vollzogen hat, geändert, auch wenn die klinische Erfahrung, daß schwer gestörte Patienten auf ein unstrukturiertes psychotherapeutisches Setting häufig mit einer Verschlechterung ihrer Befindlichkeit reagieren, damit nicht ungültig geworden ist. Die Psychoanalyse hat heute aber andere Möglichkeiten, damit umzugehen.

Im folgenden möchte ich einige theoretische Weiterentwicklungen der Psychoanalyse vorstellen, die diese Erweiterung der psychoanalytischen Therapie-Indikation möglich machen.

## 2. Theoretische Weiterentwicklungen der Psychoanalyse seit Freud

Zu den *theoretischen Weiterentwicklungen der Psychoanalyse*, die für die Behandlung schwer gestörter Patienten von Bedeutung sind, gehören vor allem:

- a) die Entwicklung der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, und hier wiederum insbesondere die Theorien von Melanie Klein;
- b) das Konzept der projektiven Identifizierung (Melanie Klein, Bion);
- c) die Entwicklung einer spezifischen Theorie des Denkens (Bion); und
- d) das Konzept des pathologischen Narzißmus und der pathologischen Abwehrorganisation (Rosenfeld, Steiner).

### a) Die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie aus der Sicht von Melanie Klein

In der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie steht die Mutter-Kind-Beziehung im Zentrum der Betrachtung. Melanie Klein entwickelte auf dieser Grundlage eine *Theorie der inneren Objekte*, die aus der Interaktion des Kindes mit wichtigen Beziehungspersonen hervorgehen, dabei aber von den Phantasien und Ängsten des Kindes überformt werden, so daß die inneren Objekte oft sehr viel grausamer sind, als dies die realen Eltern jemals waren. Die ganz konkret erlebten inneren Objekte färben wiederum die

Wahrnehmung der Außenwelt und werden ihrerseits in ihrer Ausgestaltung durch die Reaktion der Außenwelt beeinflußt (Klein 1935, 1946).

Innere Objekte können nach Melanie Klein sowohl nach dem Muster der *paranoid-schizoiden Position* (Klein 1946) als auch nach dem Muster der *depressiven Position* (Klein 1935, 1945) erfahren werden. In der paranoid-schizoiden Position projiziert der Säugling seine Aggression nach draußen auf die Mutter, genauer: auf eine die Nahrung vorenthalrende „böse“ Brust, die auf diese Weise zu einem bösen Objekt wird. Dieses Objekt wird wieder verinnerlicht und von nun an als ein innerer Verfolger erlebt. Auf analoge Weise entsteht das idealisierte Bild einer nur liebevollen, spendenden Mutter (die „gute“ Brust), das vor jeder Unvollkommenheit bewahrt werden muß. Die beiden Objektbilder müssen deshalb streng voneinander getrennt werden. Auf diese Weise entsteht ein gespaltenes Selbst, das die Welt nur mehr in den Extremen von gut *oder* böse wahrnehmen kann. Borderline-Patienten bewegen sich in der Regel auf dieser Ebene. Die Verfolgungsängste können dabei ein solches Ausmaß annehmen, daß sie zur Selbstfragmentierung führen.

In der depressiven Position erlebt der Säugling demgegenüber die Mutter als ganzes Objekt, das sowohl gute als auch böse Eigenschaften besitzt. Es ist von daher die gleiche Mutter, von der beides kommt, die Befriedigung *und* die Frustration. Die Aggression auf das mütterliche Objekt ist deshalb hier mit Verlustängsten und Schuldgefühlen verbunden und zieht das Bedürfnis nach Wiedergutmachung nach sich. Je größer der Haß auf das mütterliche Objekt ist, desto größer ist auch die Angst, es zu verlieren, desto intensiver sind die Schuldgefühle, die mit dem Haß verbunden sind, und desto geringer ist das Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Wiedergutmachung. Die Abwehr dieser Gefühle erfolgt durch Flucht in die Manie. In der Borderline-Therapie stellt das Erreichen der depressiven Position einen wichtigen Reifungsschritt dar, der Trauer und Wachstum ermöglicht.

### **b) Das Konzept der projektiven Identifizierung**

Die *projektive Identifizierung* ist eine Phantasie, in der Teile des Selbst abgespalten und in eine andere Person projiziert werden, die dann unbewußt so empfunden wird, als sei sie zu einem Teil des Selbst geworden (Klein 1946; Bion 1959). Wenn der Empfänger in diesem Prozeß auch bei sich Phantasien entwickelt, die der Phantasie des Projizierenden entsprechen, spricht man von *evokatorischer Projektion* (Spillius 1988, S. 105). Die Gründe für die projektive Identifizierung sind mannigfach: Sie können dem unbewußten Wunsch dienen, das Objekt zu kontrollieren, seine Eigenschaften zu übernehmen, eine böse Eigenschaft abzustoßen, eine gute zu schützen und

Separation zu vermeiden (ebd., S. 106). Unter Abwehraspekten dient die projektive Identifikation dazu, ein Gefühl psychischer Distanz zu unerwünschten (oft ängstigenden) Selbstanteilen herzustellen (ebd.). Sie hat damit sowohl kommunikative als auch defensive Aspekte.

In der Analyse wird sie zunächst in der Gegenübertragung des Analytikers erlebt. Borderline-Patienten sind in der Regel darauf angewiesen, unerträgliche Affekte in den Analytiker zu projizieren, um sie dann dort zu bekämpfen. Die Verarbeitung der Projektion erfolgt zunächst ebenfalls im Analytiker, bis der Patient in der Lage ist, sie in „metabolisierter Form“ wieder in sich aufzunehmen (Ogden 1979, S. 8).

### c) Die Entwicklung einer spezifischen Theorie des Denkens (Bion)

Bion (1962 a) erweiterte das Konzept der projektiven Identifizierung zu einer Theorie über die *Entwicklung des Denkens*. Im Zentrum steht dabei die Vorstellung von *container* und *contained* (gemeint ist eine spezifische Relation von Behälter und Enthaltenem, für die es im Deutschen keine genaue Entsprechung gibt; deshalb wurden hier die englischen Begriffe beibehalten). Das Baby verfügt danach zunächst nur über eine sinnliche Wahrnehmung von Bedürftigkeit und von Gefühlen, die es als schlecht/böse empfindet, weshalb es sich von ihnen befreien möchte (dazu auch Spilius 1988, S. 195 ff.). Bion nennt diese Gefühle *Beta-Elemente*. Ist die Mutter ausgeglichen und verfügt sie über das von Bion so bezeichnete „träumerische Ahnungsvermögen“ (*reverie*), kann sie diese Gefühle in sich aufnehmen und in eine erträgliche Form transformieren, die der Säugling zu reintrojizieren vermag. Bion spricht auch von einem Transformationsprozeß, in dem Beta-Elemente in *Alpha-Elemente* umgewandelt werden (Bion 1962 b, S. 230). Es handelt sich dabei um einen normalen Entwicklungsvorgang, der für die Entwicklung des Denkens und des Realitätssinns unerlässlich ist. Wenn dieser Prozeß fehlschlägt, greift das Individuum zu immer stärkeren projektiven Identifizierungen bei gleichzeitiger Introjizierung eines absichtlich mißverstehenden Objekts (ebd., S. 230 f.). Dies ist bei Borderlinestörungen der Normalfall. In manchen Fällen ist der Prozeß hier sogar völlig gescheitert (siehe dazu den Aufsatz von Fonagy in diesem Band, S. 163 ff.).

Gedanken entstehen nach Bion durch das Zusammentreffen einer (angeborenen) *Präkonzeption* (z. B. die Erwartung einer Brust) mit einem Realerlebnis (einer wirklichen Brust). Daraus bildet sich eine *Konzeption*, d. h. eine bestimmte Form des Gedankens. Trifft eine Präkonzeption auf ein *negatives* Realerlebnis (keine Brust), wird das als Versagung erlebt. Was dann geschieht, ist von der Fähigkeit des Säuglings abhängig, Versagung zu ertragen. Nach Melanie Klein wird ein abwesendes, versagendes Objekt im frühesten Erleben als böses Objekt empfunden. Wenn die Fähigkeit des Ba-

bys, Versagung zu ertragen, groß ist, wird die Erfahrung „keine Brust“ in einen Gedanken transformiert, der die Versagung ertragen hilft. Ist die Fähigkeit, Versagung zu ertragen, jedoch ungenügend, entwickelt sich kein Gedanke von der guten abwesenden Brust, sondern von einer „bösen anwesenden Brust“. Diese wird als böses Objekt empfunden, von dem der Säugling sich befreien muß, indem er es ausschlägt (also projiziert). In diesem Falle können sich weder Symbole noch Denken entwickeln (Bion 1962b, S. 228f., Spillius 1988, S. 195).

Für Borderline-Patienten gilt nicht nur, daß sie ein überwältigend böses, destruktives Objekt in sich tragen, dessen sie sich entledigen müssen. Sie starten unbewußt auch phantasierte Angriffe auf alles, was dazu dienen könnte, ein Objekt mit einem anderen zu verbinden. „Angriffe auf Verbindungen“ nennt Bion diesen destruktiven Prozeß (Bion 1959, S. 110). Verbindungen werden vor allem angegriffen, weil sie Objekten Realität verleihen, die vom eigenen Selbst verschieden sind und von daher die Omnipotenzillusion des Patienten in Frage stellen (Bion 1959, S. 128). Dies gilt auch für die Verbindung von Psychoanalytiker und Patient, die auf eine Veränderung des Status quo hinzielt und von daher vom Patienten als hochbedrohlich empfunden wird. Green (2000b) hat die Weigerung von Borderline-Patienten, zwischen bestimmten Erfahrungen eine Verbindung herzustellen, als zentrales Element dieser Störung beschrieben (siehe unten, Abschnitt 3c).

#### **d) Das Konzept des destruktiven Narzißmus und der pathologischen Abwehrorganisation**

Rosenfeld hat eine Theorie des destruktiven Narzißmus entwickelt, die für die Psychoanalyse von Borderlinestörungen von zentraler Bedeutung ist (Rosenfeld 1964, 1971). Er unterscheidet dabei zwischen *libidinösem* und *destruktivem Narzißmus* (Rosenfeld 1971, S. 307f.). Bei beiden spielt die Überbewertung des Selbst eine zentrale Rolle. Während im libidinösen Narzißmus die Selbstidealisation aber auf die Identifizierung mit guten Objekten und deren Eigenschaften zurückgeht, sind es beim destruktiven Narzißmus die omnipotent destruktiven Teile des Selbst, die idealisiert werden (ebd., S. 308). Oft bleibt diese destruktive Form der Selbstidealisation nach außen verschleiert und kommt erst zum Vorschein, wenn die omnipotente Selbstidealisation durch den Kontakt mit einem Objekt bedroht ist, welches als vom Selbst getrennt wahrgenommen wird. In der Übertragung auf den Analytiker herrscht dann der Drang vor, das gute, Hilfe anbietende Objekt zu zerstören (dazu auch Clarkin et al. 1999, S. 35). Denn die Tatsache, daß der Analytiker dem Patienten helfen könnte, wird als Angriff auf dessen Größenselbst erlebt (ebd.). Häufig gelingt es da-

bei der vom destruktiven Teil des Selbst beherrschten psychischen Struktur, das libidinöse Selbst in seine Gewalt zu bringen (Rosenfeld 1971, S. 318). Rosenfeld vergleicht den destruktiven Narzißmus deshalb auch mit einer „mächtigen Bande“, deren Mitglieder sich gegenseitig dabei unterstützen, die destruktive kriminelle Tätigkeit wirkungsvoller und energetischer zu verrichten (ebd., S. 311). Das gesunde Selbst geht mit dem destruktiven Teil des Selbst dabei vielfache komplizenhafte Verflechtungen ein (ebd., S. 313).

Aufgrund der Komplexität und der Stabilität dieser Abwehrstruktur spricht Rosenfeld auch von einer „narzißtischen Organisation“ (Rosenfeld 1964, 1971). Steiner hat, darauf aufbauend, den Begriff „pathologische Abwehrorganisation“ in die Diskussion eingeführt, der sich heute allgemein durchgesetzt hat (siehe dazu unten, Abschnitt 3 d). Borderline-Therapien lassen sich über weite Strecken auch als Auseinandersetzungen mit einer pathologischen Abwehrorganisation beschreiben, die oft erst nach langer Anstrengung zum Erfolg führen.

### 3. Theoretische Modelle zur Erklärung der Borderlinestörung

#### a) Kernbergs Theorie der Borderline-Persönlichkeitsorganisation

Kernberg hat 1975 zum erstenmal eine systematische *Theorie der Borderline-Persönlichkeitsorganisation* vorgelegt und diese seitdem kontinuierlich weiterentwickelt (Kernberg 1975, 1984, 1989, 2000). Hauptmerkmal der Borderline-Persönlichkeitsorganisation ist nach Kernberg die Unfähigkeit, frühe Selbst- und Objektbilder, die sich um die Erfahrung von „gut“ und „böse“ gruppieren, in reifere Selbst- und Objektbilder zu integrieren. Die frühen, schwarz-weiß gezeichneten Selbst- und Objektbilder bleiben im Gegenteil präsent und werden auch im Erwachsenenleben ständig neu in Szene gesetzt. Dabei werden sie vom Patienten nicht als vergangen erlebt, sondern als aktuelle Realität (Clarkin et al., 1999, S. 14 f.). Nach Kernberg kann die Spaltung der Objektrepräsentanzen in „ganz gut“ und „ganz böse“ vor allem deshalb nicht aufgegeben werden, weil Borderline-Patienten unbewußt befürchten, daß ihre guten inneren Objekte zerstört werden, wenn sie mit den bösen inneren Objekten in Verbindung kämen. Diese bösen Objekte werden als übermäßig erlebt, nicht zuletzt auch deshalb, weil sie durch die projizierte Aggression des Patienten ständig weiter aggressiv aufgeladen werden.

Während der Inszenierung archaischer Objektrepräsentanzen in der analytischen Beziehung kann der Patient in raschem Wechsel die Rolle des Selbst und dann wieder die des Objekts übernehmen. So kann er sich z. B.

in einem Moment als verfolgtes Kind fühlen und auf den Analytiker die Rolle des Verfolgers projizieren, während er im nächsten Moment unbewußt selbst in die Rolle des Verfolgers schlüpft und den Analytiker zu tyrannisieren versucht, der mit dieser Veränderung nicht gerechnet hat und ihr deshalb oft ratlos gegenübersteht (ebd., S. 17). Der Wechsel zwischen diesen beiden Rollen erfolgt dabei ebenso wie die wechselnde Inszenierung widersprüchlicher Objektbeziehungsmuster grundsätzlich auf der Verhaltensebene. Das heißt, daß sie dem Patienten nicht bewußt sind; er kann sie deshalb auch nur handelnd in Szene setzen. Die Möglichkeit der Selbstreflexion ist Borderline-Patienten weitgehend verwehrt, weil sie die dazu notwendige innere Triangulierung nicht vollzogen oder unbewußt verweigert haben.

Die von Kernberg formulierte und von ihm und seinen Mitarbeitern mittlerweile in einem Manual ausgearbeitete psychodynamische Borderline-Therapie (Clarkin et al. 1999) zielt deshalb darauf ab, im Laufe einer längeren, Sicherheit gewährenden therapeutischen Beziehung den Patienten mit den Widersprüchen in seiner Selbst- und Objektwahrnehmung zu konfrontieren und auf diese Weise die bisher gespaltenen Objektbeziehungen miteinander zu integrieren. Im Vordergrund steht dabei die Interpretation der Übertragung. Deshalb heißt die in dem Manual vorgestellte Borderline-Therapie auch *übertragungsfokussierte Psychotherapie*.

### **b) Die Borderlinestörung als Ausdruck der Unfähigkeit zur Mentalisierung (Fonagy)**

Für Fonagy (2001; Fonagy & Target 2000) ist die Borderlinestörung ein Ausdruck der *Unfähigkeit zur Mentalisierung*. Unter „Mentalisierung“ versteht Fonagy die Fähigkeit, in sich selbst und anderen Gefühle wahrzunehmen und diese als *psychische* Phänomene zu begreifen. Die Entwicklung dieser Fähigkeit geschieht in einem kontinuierlichen Austauschprozeß vor allem mit der Mutter, die die Affektäußerungen des Kindes aufnimmt und sie ihm wie auf einem Bildschirm zurückspiegelt, der dem Säugling zeigt, was er fühlt (Fonagy et al. 2002, ebenso Dornes, S. 304 ff. in diesem Band). Mütter von Borderline-Patienten können dies nur unzureichend. Sie erleben in der Regel das Kind als Teil ihrer selbst und versuchen deshalb, sich selbst in den Blicken des Kindes zu spiegeln (Fonagy & Target 2000, S. 967 ff.). Das Kind nimmt dann ein Abbild der Mutter in sich auf, das es wie ein fremdes Introjekt empfindet, das sich bei ihm eingenistet hat. Später erfolgende Traumatisierungen können dazu führen, daß dieses fremde Selbst sich mit den Zügen des Aggressors auflädt, während das Kind sich als schlecht und verabscheuungswürdig empfindet (ebd., S. 984).