

Johann Steinberger
Borderline-Kommunikation

Forschung Psychosozial

Johann Steinberger

Borderline-Kommunikation

Eine konversationsanalytische Studie

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
© 2016 Psychosozial-Verlag
Walltorstr. 10, D-35390 Gießen
Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19
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.

Umschlagabbildung: Walter Eglauer, »Selbstbildnis«, o.J.
Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von
Hanspeter Ludwig, Wetzlar
www.imaginary-world.de
Satz: metiTec-Software, me-ti GmbH, Berlin
ISBN 978-3-8379-2562-3

Inhalt

Geleitwort	9
Vorwort	13
1. Einleitung	15
1.1 Erste Annäherung an die Borderline-Störung	15
1.2 Therapeutische Probleme	16
1.3 Zur Bedeutung der Projektiven Identifizierung	17
1.4 Methodisches Vorgehen und Forschungshypothese	18
2. Die Borderline-Störung	23
Klinisches Bild und historische Entwicklung	
2.1 Klassifikation nach DSM-IV und IDC-10	23
2.2 Die psychoanalytisch orientierte deskriptive Definition	33
2.2.1 Chronische, frei flottierende Angst	35
2.2.2 Multiple Phobien oder Polyphobien	37
2.2.3 Hypochondrie	38
2.2.4 Zwangssymptome	39
2.2.5 Kurzzeitige Wahnvorstellungen	40
2.2.6 Multiple oder bizarre Konversionssymptome	40
2.2.7 Dissoziative Reaktionen und Phänomene	41
2.2.8 Derealisation	42
2.2.9 Depersonalisation	42

Inhalt

2.2.10	Veränderung des Körperschemas	43
2.2.11	Depression	43
2.2.12	Polimorph-perverse Sexualität, Paraphilie (DSM-IV-R) und Störung der Sexualpräferenz (ICD-10)	45
2.2.13	Hypervigilanz: Neigung zu sensitiver Verarbeitung oder übertriebenem Argwohn	46
2.2.14	Neigung zu optischen »Pseudo«-Halluzinationen	47
2.2.15	Magisches Denken	48
2.2.16	Körperliche Selbstverletzungen	49
2.2.17	Psychotische Episoden	51
2.3	Zusammenfassung und Ausblick	52
3.	Abwehrfunktionen	53
3.1	Spaltung	54
3.2	Projektion	58
3.3	Projektive Identifizierung	61
3.4	Verleugnung	65
3.5	Omnipotenzfantasien und Entwertung	66
3.6	Verdecken	67
3.7	Externalisierung	68
3.8	Ich-Regression	68
4.	Übertragung und Gegenübertragung	71
5.	Wissenschaftliche Technik	77
5.1	Zur qualitativen Forschung	77
5.2	Interaktions-, Gesprächs-, Konversationsanalyse und Psychotherapie	78
5.3	Konversationsanalyse, Reflexion und Introspektion	81
5.4	Materialgewinnung	83
5.5	Forschungsfeld	85
5.6	Kurzbiografie der Patienten	87
6.	Auswertung und Ergebnisse	89
6.1	Mikroanalytische Betrachtung von Briefen	89
6.1.1	Theoretische Überlegungen	89
6.1.2	Auswertung von Liebesbriefen einer Borderline-Patientin	90
6.1.3	Briefe der Lust, des Begehrens und der Aggression	99

6.2	Auswertung der Interviews mit Borderlinern	107
6.2.1	Theoretische Einbettung	107
6.2.2	Resultate im Überblick	108
6.2.3	Annäherung an den Therapeuten	109
6.2.4	Eindringen in die Persönlichkeit des Therapeuten	111
6.2.5	Ausdruck innerer Leere	113
6.2.6	Gewalt und Kontrolle	115
6.3	Experteninterviews	118
6.3.1	Erstes Expertengespräch	119
6.3.2	Zweites Expertengespräch	121
6.3.3	Resümee	131
Conclusio und Prospectus		135
Literatur		139
Anhang		151
Erstes Interview – Transkript I.C.		151
Zweites Interview – Transkript M.S.		167
Drittes Interview – Transkript W.A.		175

Geleitwort

Johann Steinberger legt hier ein Werk vor, das aus mehreren Gründen besondere Beachtung verdient. Zum einen widmet er sich fundiert, tiefgehend und ausführlich einem Thema, das in der modernen Psychotherapiewissenschaft wahrscheinlich das ist, was dem frühen Freud und seinen Zeitgenossen das Krankheitsbild der Hysterie war: Die verstörenden und die Professionalität von TherapeutInnen bis zum Äußersten belastenden Phänomene dessen, was unter dem Namen »Borderline« zu fassen versucht wird. Ebenso wie damals die Hysterie sind auch diese Phänomene rätselhaft – aber häufig genug, um beunruhigend zu sein. Für die Praxis der Psychotherapie sind sie daher relevant und in vielerlei Hinsicht für die Entwicklung und Weiterentwicklung des psychoanalytischen und psychotherapiewissenschaftlichen Theoriengebäudes der jeweils aktuellen Phase gut geeignet.

Entwicklungen, die eine therapeutische und/oder wissenschaftliche Beschäftigung mit diesem Störungsbild beeinflussen (können), sind auf mehreren Ebenen zu beobachten, die zum Teil wenig kompatibel sind oder deren Entwicklungen Widersprüchlichkeiten aufzeigen. Widersprüchlichkeiten von jener Art, die unterschiedlichen Grundauffassungen geschuldet sind, und zwar bezüglich der Frage, was denn nun der »richtige« Zugang zu all den Phänomenen sei, die wir innerhalb des großen Feldes der Psychotherapiewissenschaft zu erfassen, zu verstehen und zu behandeln versuchen. Diagnoseschemata wie das DSM oder das ICD, die ihre Wurzeln im organmedizinischen Denken (und dem damit verbundenen Wissenschaftsverständnis) haben, kommen von der »Oberfläche« des Verhaltens her, tiefenpsychologische AutorInnen versuchen die unbewussten Strukturen und die nur über Gegenübertragung und Deutung erschließbare Psychodynamik zu erhellen. Pioniere wie Stavros Mentzos haben versucht, eine eindimensionale »Diagnose Borderline« zu unterlaufen, indem sie mehrdimensionale Modelle

entwickelten. Eine solche Sichtweise lässt Borderline-Phänomene als einen Modus der Abwehr erscheinen, dessen wir uns im »Management« unbewusster Konflikte mit unterschiedlicher Intensität bedienen. Bestimmte Personen scheinen dann diesen Modus besonders zu bevorzugen. Trotzdem ist das individuelle Spektrum der verschiedenen Abwehrmodi, des unterschiedlichen strukturellen Reifungsniveaus und der jeweiligen Grundkonflikte bei diesen Persönlichkeiten groß und dieser Unterschiedlichkeit wird man auch nicht gerecht, indem man lediglich eine »mehr oder weniger stark ausgeprägte« Boderlinestörung diagnostiziert.

Zwei weitere Entwicklungsstränge in der modernen Psychoanalyse beeinflussen ebenfalls die Sicht auf die in Steinbergers Arbeit untersuchten Phänomene: Mentalisierung und Intersubjektivität bzw. Relationalität. Wenn man versuchen wollte, einen gemeinsamen Nenner für die miteinander eng verflochtenen vielfältigen Diskurse zu diesen Themen zu finden, so könnte dies zum einen die Erkenntnis sein, dass der analytische Prozess auch die AnalytikerInnen selbst in ihrer gesamten Persönlichkeit erfasst und betrifft, und zum anderen, dass die Folgerung daraus in einer spezifisch disziplinierten Hingabe der AnalytikerInnen an diese gegenseitige Verwiesenheit und Verflochtenheit der beiden Psychen besteht, die miteinander diesen Prozess gestalten. Die besondere Herausforderung in der Arbeit mit Persönlichkeiten, die in dominanter Weise den Borderline-Modus der Kommunikation aktivieren, besteht dann in der Massivität und Intensität, in der die PatientInnen in diesen Fällen die gegenseitige Verwiesenheit und Verflochtenheit strapazieren. Die Aufgabe der Psychoanalyse besteht darin, das Verständnis dieser zwar unbewusst aber umso mächtiger geführten Manipulation der Kommunikation immer tiefer und differenzierter zu erfassen und zu verstehen.

Dieses Ziel verfolgt Steinberger sehr erfolgreich. Er zeigt eindrucksvoll, dass er sowohl auf der Klaviatur »konservativer« Diagnostik zu spielen weiß, als auch die neueren Spielarten analytischer Sichtweisen auf die Borderline-Phänomene beherrscht. In dieser für den deutschsprachigen Raum besonders verdienstvollen Forschungsarbeit wählt er für den spezifischen Gegenstand der Psychoanalyse passende Zugänge, speziell den konversationsanalytischen. Das Herausarbeiten eines für die Borderline-Störung typischen Sprachverhaltens gelingt dem Autor in einer fruchtbaren Verbindung von Plastizität und Präzision. In Steinbergers Studie werden die bei Ulrike Andrée und Michael Buchholz begonnenen Schritte noch konkreter und noch ergebnisreicher fortgesetzt. Dabei interagiert der Autor in seiner Textgestaltung ständig mit den LeserInnen. Dies erweist sich kongruent zu seinem Vorhaben: Einerseits die Therapeuten nicht nur als Resonanzboden, sondern auch als in ihrer ganzen Persönlichkeit, ihrem ganzen Sein in das thera-

peutische Geschehen Involvierte zu zeigen und andererseits die in den Borderline-PatientInnen wirksamen Elemente als Elemente des Mensch-Seins schlechthin zu decouvririeren – und ihnen so Entwicklungswert und Unausweichlichkeit zugleich zu verleihen. Steinbergers Buch erweckt die Hoffnung auf eine Weiterführung dieser Art von Studien, vor allem in Richtung Mentalisierung und Relationalität.

Wien, im Februar 2016
Univ. Prof. Dr. Thomas Stephenson

Vorwort

»To see a World in a Grain of Sand
and a Heaven in a Wild Flower,
hold Infinity in the palm of your hand
and Eternity in an hour.«

William Blake

Menschen mit all ihren Verstrickungen und Begegnungen in meiner kleinen Welt förderten mich und forderten mich heraus, über das Verstehen der mir innewohnenden Gewalten ein Konstrukt der äußeren Welt zu gestalten.

Die Rollen des Aufeinandertreffens waren unterschiedlichster Natur, ob als Patienten, Freunde, Kollegen, Mentoren, Studenten, Schüler, Praktikanten, Familie. Was sie verbindet, ist, dass sie alle Lehrer für mich waren und zu meiner Entwicklung beigetragen haben.

Es ist unmöglich, hier allen einen Platz zu geben, so viele waren es, die mit mir einen Teil des Weges gingen, der nun schon einen Zeithorizont von mehr als 20 Jahren klinischer Tätigkeit umspannt.

Besonders bedanken möchte ich mich bei den Menschen, die mir ihre Worte in Form von Tonbandaufnahmen und Schriftzeugnissen zur Verfügung gestellt haben. Ich hoffe, ich konnte den Texten insofern gerecht werden, als ihre Anonymität gewahrt bleibt und sie trotzdem für den Leser nachvollziehbar sind.

Das Manuskript lag sieben Jahre in der Schublade. Martin Jandl von der Sigmund Freud Privatuniversität half mir, diese wieder zu öffnen, und die Arbeit am Manuskript zu beenden. Den Text für den Leser in eine verständliche Form gießend und dabei mein Chaos aushaltend, wurde mir Petra Nagenkögel zu einer unverzichtbaren Begleiterin.

Es wäre nie ein Wort zu Papier gekommen, wenn nicht mit großer Geduld und Liebe von Claudia und Sarah ein Raum von Halten und Kreativität dagewesen wäre und da ist.

Wien, Dezember 2014

1. Einleitung

1.1 Erste Annäherung an die Borderline-Störung

Im klinischen Bild erscheint die Borderline-Persönlichkeit als geprägt von emotionaler Instabilität und einer damit verbundenen Problematik der Impulshaftigkeit. Beziehungen werden von Menschen, die an einer Borderline-Störung leiden, sehr intensiv, aber unbeständig geführt, dies führt wiederum zu emotionalen Krisen (ICD-10, S. 230). Das klinische Bild verzeichnet des Weiteren funktionelle Einschränkungen, die sich auf die interpersonellen Beziehungen niederschlagen, was häufig zum Verlust der Arbeit führt. Borderline-Patienten gehören auch zu den Menschen, die das Gesundheitssystem vermehrt in Anspruch nehmen (Work Group on Borderline Personality Disorder, 2001). Ihre Beziehungen gestalten sie nach einem Alles-oder-nichts-Prinzip oder Schwarz-Weiß-Denken. Als klassische Merkmale konnten drei Kognitionsschemata identifiziert werden:

1. »Die Welt ist gefährlich und will mir nichts Gutes.«
2. »Ich bin machtlos und verwundbar.«
3. »Ich bin von Natur aus inakzeptabel.«

Viele Patienten entwickeln unter Belastung paranoide Symptome. Die genannten Grundhaltungen fließen in jede Begegnung mit ein (Fonagy & Bateman, 2004, S. 33; Beck & Freeman, 1993).

Die Definition im DSM-IV bezieht sich auf ein »tiefgreifendes Muster von Instabilität in den zwischenmenschlichen Beziehungen«. Nach dem DSM-IV müssen von den neun BPS-Kriterien fünf erfüllt sein, um diese Diagnose vergeben zu können. Skodol und Kollegen (2002) haben darauf hingewiesen, dass dadurch

151 Kombinationen entstehen. Fonagy und Bateman (2004, S. 30) verweisen auf eine persönliche Mitteilung von Karterud, der 256 Kombinationen errechnet hat. Dies stellt natürlich für jeden Diagnostiker eine unbefriedigende Situation dar. Durch die fehlende Homogenität der Krankheitsbilder werden klar kommunizierbare Diagnosekriterien und entsprechend auch eine effiziente Forschung erschwert (Buchholz, 2004b, S. 1; Hyman, 2002).

Die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt je nach Studie zwischen 0,2% und 1,8% der Gesamtbevölkerung (Fonagy & Bateman, 2004, S. 31; Buchholz, 2004b, S. 1; Stone, 2000, S. 6). Die derzeit genaueste Studie über die Häufigkeit wurde in Oslo durchgeführt (Togerson et al., 2001). Diese Studie sieht die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung bei 0,7%. Sie ist somit weniger hoch als in den meisten Studien, die aus den USA kommen. Nimmt man die Zahlen aus dem klinischen Bereich, so bewegt man sich bei ambulanten Patienten zwischen 8% und 11% und bei stationären Patienten zwischen 14% und 20%. Bei forensischen Patienten liegen die Zahlen zwischen 60% und 80% (Fonagy & Bateman, 2004, S. 32).

Otto F. Kernberg schätzte, dass die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsorganisation in der Bevölkerung bei 10% liegt (Stone, 2000, S. 5). Die unterschiedlichen Zahlen weisen auf die Heterogenität im Erscheinungsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung hin, sie berücksichtigen aber nicht die kulturellen und örtlichen Unterschiede. Die meisten Erhebungen beziehen sich auf den urbanen Bereich in westlichen Gesellschaften.

1.2 Therapeutische Probleme

In der Psychotherapie wird immer wieder auf die Schwierigkeiten in der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeit hingewiesen. Therapeuten berichten des Öfteren über Frustrationserlebnisse, die in therapeutischen Sitzungen speziell von dieser Patientengruppe ausgelöst werden. Menschen, die im klinischen Bereich tätig sind, klagen über die negativen Gefühle, die sie in der Begegnung mit Borderline-Patienten erleben. Viele Psychotherapeuten erleben Symptome von Stress bei der Arbeit mit diesen Patienten und möchten nicht zu viele von ihnen in Behandlung nehmen (Buchholz, 2004b, S. 1; Buchholz, 2006, S. 7).

Was veranlasst Menschen, die im klinischen Feld arbeiten, wie Ärzte, Krankenschwestern, Therapeuten oder Sozialarbeiter, mit einer solchen emotionalen Heftigkeit auf Borderline-Patienten zu reagieren? Viele Therapeuten können die

Gefühle, die sie in solchen Gesprächssituationen erleben, gut reflektieren. Was sie aber nicht mehr wissen, sind die Gesprächsinhalte, die diesen Reaktionen vorausgegangen. Die Emotionen überlagern die kognitiven Inhalte (Buchholz, 2004b, S. 2; Buchholz, 2006, S. 7f.).

Die Schwierigkeit in der Kommunikation stellt ein wiederkehrendes Problem dar, welches immer wieder zu Therapieabbrüchen führt (Trenk-Hinterberger, 2005, S. 228; Rohde-Dachser, 1995, S. 154). Borderline-Patienten scheinen mit ihrem Gesprächsverhalten beim Gegenüber eine massive Reaktion hervorzurufen. Welche Form von Kommunikation findet hier statt? Die klinischen Konzepte stellen keine ausreichende Hilfe zur Verfügung, um sich diesen Fragen annähern zu können.

Die psychoanalytische Fachwelt beschäftigt sich schon länger mit einem Phänomen, das sie als »Projektive Identifizierung« bezeichnet. Jeder erfahrene Kliniker weiß, dass der Patient etwas in ihn »hineingibt«, um es dann »verfolgen« zu können. Wie entstehen solche Phänomene? Lässt sich dieser psychische Abwehrmechanismus der Projektiven Identifizierung im Gespräch erkennen? Solche Fragen lassen sich nicht über die Diagnose von Persönlichkeitsanteilen beantworten, sondern brauchen eine genaue Beobachtung der Borderline-Kommunikation und Borderline-Interaktion (Buchholz, 2004b, S. 3).

1.3 Zur Bedeutung der Projektiven Identifizierung

Die Projektive Identifizierung gewinnt in den letzten Jahren immer mehr an Beachtung. Sie wird von vielen Therapeuten in Zusammenhang mit der Borderline-Störung als wichtiger Abwehrmechanismus gesehen (O. F. Kernberg et al., 2001). Ausgehend von der Kleinianischen Schule aus London (1946) wird dem Konzept der Projektiven Identifizierung nun auch im deutschsprachigen Raum ein großes Interesse entgegengebracht. Durch dieses Konzept lässt sich für die beobachtbaren und erlebten Phänomene bei schweren Persönlichkeitsstörungen eine feinere Interaktionsstruktur finden, als sie vorher mit den Modellen der Übertragung und Gegenübertragung gegeben war. Damit lassen sich nun leichter Verbindungen zwischen der klinischen Theorie und der Metapsychologie setzen. Die damit verbundenen Entwicklungen bilden derzeit eines der wichtigsten Forschungsfelder in der Psychoanalyse (Segal, 2004, S. 10). Unter diesem Gesichtspunkt scheint es mir auch wichtig, eine Verknüpfung zwischen der Projektiven Identifizierung und der Erkennung eines typischen Sprachverhaltens bei Borderline-Störungen herzustellen.