

Diplomarbeit von Julia Kaldinski

Das Selbstkonzept der Borderline-Persönlichkeit

Übersicht über theoretische Konzepte und empirische Untersuchungen zum Thema

Eingereicht im März 2005 zur Erlangung des akademischen Grades einer Diplom-Psychologin am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin

Erstgutachter:

Prof. Dr. Jens B. Asendorpf, Inhaber des Lehrstuhls für Persönlichkeitspsychologie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin

Zweitgutachter:

Priv.-Dozent Dr. med. Claas-Hinrich Lammers, Oberarzt an der Klinik und Hochschulambulanz für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung

II. Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen - Versuch einer Annäherung

1. Persönlichkeitsmodelle
2. Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV und ICD-10
3. Entwicklung der Borderline - Konzeption
4. Prävalenzraten

III. Psychodynamische Konzepte zur Borderline - Persönlichkeitsstörung

1. Kernbergs Objektbeziehungstheorie
 - 1.1. Persönlichkeit bei Kernberg
 - 1.2. Die Borderline - Persönlichkeitsorganisation
 - 1.3. Die Objektbeziehungstheorie - Prozesse einer nicht-pathologischen Entwicklung
 - 1.4. Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation
 - 1.5. Abwehrmechanismen der Borderline-Persönlichkeitsorganisation
 - 1.6. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung
 - 1.7. Das Selbstkonzept und die Entwicklung eines pathologischen Selbst innerhalb einer Borderline-Störung

Der Kleinianische Ansatz in Großbritannien

Das Konzept der Borderline-Mutter von Masterson und Rinsley

2. Traumaätiologie der Borderline-Störung
3. Unfähigkeit zur Symbolisierung , interpersonelle Dimension und Repräsentation von Gedächtnisinhalten

Übertragungsgeschehen in der Therapie von Borderline-Patienten

Kritische Bemerkungen und Ausblick

IV. Empirische Studien zum Selbstkonzept bei BPS

1. Struktur des Selbstkonzept bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

1. Theoretische Überlegungen zum Thema Selbstkonzeptstruktur
2. Empirische Untersuchungen zur Struktur des Selbstkonzepts
3. Zusammenfassung und Diskussion der Studien zur Selbststruktur
4. Abwehrmechanismus der Spaltung

2. Identität und Borderline-Persönlichkeitsstörung

1. Empirische Studien zu Identitätsstörungen
2. Zusammenfassung und Diskussion der Studien zu Identitätsstörungen

3. Selbstwert, Affekt und interpersonelle Beziehungen bei BPS

1. Empirische Studien zum Selbstwert, Affekt und interpersonellen Beziehungen
2. Zusammenfassung und Diskussion der Studien zum Selbstwert, Affekt und interpersonellen Beziehungen

V. Schluss

I. Einleitung

Zwei Seelen wohnen, ach! in meiner Brust,

...

Johann Wolfgang Goethe. Faust. Der Tragödie erster Teil.

Diesen Satz lässt Goethe seinen Faust zu Wagner sagen und, den konkreten Bezug des Gesagten außer Acht lassend hat es den Anschein, als beschriebe er damit das Grunddilemma der Borderline-Persönlichkeit. Zentrales Thema im Faust ist der Widerstreit zwischen *Gut* und *Böse*, eine Auseinandersetzung mit dem Zwiespalt, den ein jeder Mensch in seinem Innern auszufechten hat, ein Konflikt, der, so scheint es, auch die heutige Gesellschaft spaltet und den *Borderliner* mehr als alle anderen umtreibt.

Das nicht kontrollierbare Schwanken zwischen *Gut* und *Böse*, das Verlagern böser oder guter Anteile des eigenen Selbst in Andere, das, nach Kernberg, Therapeuten in der Therapie dazu bringe, sich mitunter wie Lager-Aufseher zu fühlen, beschreibt das Grunddilemma der Menschen, die an einer Borderline-Störung leiden.

Das Thema Borderline beschäftigt nicht nur Kliniker und Therapeuten, sondern entwickelt sich zunehmend zu einem Forschungsgegenstand, dem sich Wissenschaftler unterschiedlicher Disziplinen zuwenden. In den letzten Jahren gab es eine ansteigende Flut von Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und einschlägigen Publikationen zu diesem Thema.

Das Anliegen dieser Arbeit ist die Untersuchung des Selbstkonzepts der Borderline-Persönlichkeit. Es wird der Versuch unternommen, die theoretischen Konzepte psychodynamisch orientierter Forschung mit den Ergebnissen empirischer

Untersuchungen zu genanntem Thema in einen Zusammenhang zu bringen und mögliche Schlussfolgerungen für künftige Forschungsansätze zu entwickeln.

Im ersten Teil der Arbeit wird die Entwicklung des Begriffes *Borderline-Persönlichkeitsstörung* und dessen Aufnahme in die Diagnosesysteme DSM-IV und ICD-10 nachgezeichnet. Im zweiten Abschnitt werden Ätiologie und Genese der Borderline-Persönlichkeitsstörung aus psychodynamischer Perspektive erörtert und dargestellt, da die meisten Publikationen zum Thema Borderline noch immer aus der Feder psychodynamisch orientierter Kliniker und Therapeuten stammen. Erst in den letzten Jahren gab und gibt es vermehrt Versuche, die psychoanalytischen Theorien einer empirischen Validierung zu unterziehen und mit den naturwissenschaftlichen Konzepten der Neurologie, kognitiven Psychologie, Persönlichkeitspsychologie und dem Behaviorismus zu verbinden. Diese Untersuchungen werden im dritten Teil der Arbeit dargestellt und diskutiert. Basierend auf den bis dato gewonnenen Erkenntnissen aus den theoretischen Modellen und empirischen Befunden werden im Schlusskapitel Überlegungen zu weiterführenden Untersuchungen des Selbstkonzepts von Borderline-Patienten dargestellt und diskutiert.

Ausgangspunkt der Arbeit ist das Handbuch zur Borderline-Störung (Kernberg et al., 2000), das mit seinen fast 1000 Seiten einen einschlägigen Überblick über den derzeitigen Forschungsstand zum Thema vermittelt, sowie weitere Bücher und Veröffentlichungen psychodynamisch orientierter Forscher, allen voran die Arbeiten Otto F. Kernbergs. Zur Ermittlung der empirischen Arbeiten zum Thema Selbstkonzept bei Borderline-Störungen wurde eine umfangreiche Datenbank-Recherche¹ durchgeführt und die Literaturlisten der ausgewählten Artikel nach weiteren Hinweisen auf empirische Untersuchungen durchgesehen, um so einen umfassenden Überblick über den derzeitigen Stand empirischer Forschung zu erhalten.

II. Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen - Versuch einer Annäherung

"Persönlichkeit und Persönlichkeitseigenschaften eines Menschen sind Ausdruck der für ihn charakteristischen Verhaltensweisen und Interaktionsmuster, mit denen er gesellschaftlich-kulturellen Anforderungen und Erwartungen zu entsprechen und seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf der Suche nach einer persönlichen Identität mit Sinn zu füllen versucht." (Fiedler, 2001, S. 3)

1. Persönlichkeitsmodelle

Im täglichen Leben beurteilen Menschen einander, sprechen über die Persönlichkeit des/der Anderen und verhalten sich zueinander auf der Grundlage des Bildes, das sie sich von der anderen Person gemacht haben. In der Alltagspsychologie sind es Eigenschaften, durch die Personen charakterisiert werden, die Personen voneinander unterscheiden sowie die Einmaligkeit eines Menschen als Ausdruck seiner Persönlichkeit unterstreichen (Asendorpf, 2004).

Im Gegensatz zur Alltagspsychologie unternimmt die Persönlichkeitspsychologie den Versuch, Persönlichkeit mittels verschiedener Ansätze zu beschreiben und zu klassifizieren. Der variablenorientierte Klassifikationsansatz bildet Personeneigenschaften auf faktorenanalytisch gewonnenen Eigenschaftsdimensionen ab, wodurch eine Fülle alltagspsychologisch relevanter Eigenschaften auf wenigen Skalen zusammengefasst werden kann. Auf der Grundlage einer Vielzahl unterschiedlicher Untersuchungsmethoden wurden fünf voneinander unabhängige Dimensionen, die so genannten Big Five, gefunden, durch welche Persönlichkeit beschrieben werden kann.

Ein anderer Ansatz zur Beschreibung von Persönlichkeit besteht in der Klassifikation von Personen entsprechend ihrer Eigenschaften und der Bildung von Persönlichkeitstypen. Gefunden wurden drei mögliche Persönlichkeitstypen: der resiliente, sowie der über- und unterkontrollierte Persönlichkeitstyp. Diese drei Typen stellen Normalvarianten der Persönlichkeit dar. Die Forschung im Bereich der Persönlichkeitspsychologie ist derzeit darauf ausgerichtet, auch Persönlichkeitsstörungen mittels dieser Modelle zu beschreiben: entweder als Extremvarianten der Persönlichkeitstypen oder durch

Extremwertbeschreibung entlang der Persönlichkeitsdimensionen des variablenorientierten Ansatzes.

Bislang werden Persönlichkeitsstörungen innerhalb der klinischen Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 mittels Auflistung störungsspezifischer Symptome beschrieben und kategorisiert. Jüngste empirische Forschungen fokussieren verstärkt auf die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Persönlichkeitsstörungen und deren Ausprägung auf den Subdimensionen des Fünf-Faktoren-Modells. Es wird die Annahme diskutiert, dass sich verschiedene Störungsbilder nicht im Ausmaß ihrer Ausprägung auf einer bestimmten Dimension unterscheiden, sondern in der Art und Weise, in der Facetten einer Dimension in den verschiedenen Störungsbildern repräsentiert sind. Durch ihre unterschiedliche, meist extreme und mitunter diametral entgegengesetzte Ausprägung auf den Subdimensionen (*level of facets*) ließen sich Persönlichkeitsstörungen besser voneinander abgrenzen (Axelrod et al., 1997, Wilberg et al., 1999). Ausgehend von diesen Überlegungen entwickelten Lynam & Widiger (2001) mittels Expertenrating (*expert consensus approach*) Prototypen zur Darstellung der DSM-IV Persönlichkeitsstörungen. An der Untersuchung waren insgesamt 120 Experten¹ beteiligt, die die jeweiligen Ausprägungen der einzelnen Persönlichkeitsstörungen auf insgesamt 30 Subdimensionen des FFM rateten. Grundlage des Ratings war der NEO-PI-R (Revised NEO Personality Inventory; Costa & McCrae, 1992) sowie Adjektive aus dem NEO-PI-R-Testmanual sowie der FFM-Checkliste, die die beiden Pole jeder einzelnen Facette abbildeten.

In einer weiterführenden Studie untersuchten Trull et al. (2003) den von Lynam & Widiger (2001) erstellten FFM-Borderline-Prototyp an einer nichtklinischen (n=421) und zwei klinischen Stichproben (n=52 und n=46). Der durch den Vergleich der individuellen NEO-PI-R-Profile der Probanden mit dem FFM-Borderline-Prototyp ermittelte Ähnlichkeitsindex diente als FFM-Index der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Vergleichende Untersuchungen mit gängigen klinischen Diagnoseverfahren sowohl zur Messung einer manifesten Borderline-Störung (z.B. DIB-R, PAIⁱⁱ) als auch zur Messung von Borderline-Features (PAI-BORⁱⁱⁱ) ergaben sehr hohe Korrelationen des FFM-Borderline-Index mit diesen Verfahren, als auch der einzelnen klassischen Verfahren untereinander. Der FFM-Borderline-Index erzielte eine hohe Varianzaufklärung bezüglich der einzelnen Komponenten des DIB-R (Affekt, Kognition, Impulskontrolle und interpersonelle Beziehungen) sowie der Subskalen des PAI (affektive Instabilität, Identitätsprobleme, Selbstverletzung, Negative Beziehungen), die teilweise über die Varianzaufklärung der

anderen Messverfahren hinausging. Die durch den FFM-Borderline-Index nicht aufgeklärte Varianz sei nach Trull et al. unbedeutend und insbesondere dadurch zu erklären, dass die bisherigen Messverfahren speziell zur Diagnose der Borderline-Störung entwickelt worden seien. Diese seien, im Gegensatz zu den auf dem FFM basierenden Messverfahren in der Lage, auch störungsspezifisches abnormales und bizarres Verhalten, wie beispielsweise Ritzen und Schneiden, abzubilden. Weiterhin zeigt die Studie, dass der FFM-Borderline-Index fähig ist, empirisch untersuchte Zusammenhänge zwischen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und auslösenden Faktoren sowie spezifischen Funktionsstörungen, wie globale und interpersonelle Dysfunktionen, zu replizieren. Zu den auslösenden Faktoren zählen hier sexueller Missbrauch und physische Misshandlung in der Kindheit sowie affektive und substanzinduzierte Störungen der Eltern. Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Studie, dass die Möglichkeit besteht, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung sowohl mit den gängigen symptom-spezifischen klinischen Diagnoseinstrumenten als auch mit Hilfe des FFM Borderline-Index zu erfassen. Ein Vorteil der Abbildung von Persönlichkeitsstörungen durch das Five-Faktoren-Modell besteht in der Erklärbarkeit der hohen Komorbiditätsraten von Persönlichkeitsstörungen als gleiche Ausprägung der Störung auf einer der Facetten des Dimensionsmodells. Die Untersuchungen zur diskriminanten Validität haben jedoch gezeigt, dass auch das FFM-Prototypen-Modell der Persönlichkeitsstörungen Schwierigkeiten bei der Differenzierung der einzelnen Störungsbilder hat.

Neben dem Fünf-Faktoren-Modell gibt es noch andere Modelle zur Beschreibung von Persönlichkeit. Barnow et al. (2004) führten im Rahmen eines Forschungsprojekts "Kinder alkoholkranker Eltern" eine Studie durch, bei der sie u.a. die von Cloninger et al. (1993) in seinem biosozialen Modell der Persönlichkeit^{iv} aufgestellten Hypothesen zur Temperaments- und Charakterausprägung bei Borderline-Persönlichkeitsstörung untersuchten. Die an 478 Personen aus der Allgemeinbevölkerung durchgeführte Untersuchung, bei der auch andere Achse I und II-Störungen^v Berücksichtigung fanden, unterstützt die Annahme Cloningers bezüglich einer niedrigeren Selbstlenkungsfähigkeit bei BPS. Die Borderline-Gruppe zeigte außer im Vergleich zur Gruppe der selbstunsicher-abhängigen Persönlichkeitsstörung eine signifikant höhere Schadensvermeidung. Weitere signifikante Unterschiede fanden sich bei den Variablen Kooperationsbereitschaft und Selbsttranszendenz, jedoch nicht im Vergleich mit den anderen Achse II-Störungsgruppen. Die Borderline-Gruppe zeigte hier signifikant geringere Kooperationsbereitschaft und höhere Selbsttranszendenz. Hypothesenkonträr fand sich höheres Neugierverhalten bei

BPS nur im Vergleich zur Gruppe ohne psychische Störungen.

Auch bei diesem dreidimensionalen Modell der Persönlichkeit zeigt sich die Schwierigkeit der Differenzierung zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und anderen Persönlichkeitsstörungen als auch den Achse I-Störungen. Dieses Dilemma sowie die Tatsache, dass sich Personen mit Persönlichkeitsstörungen zu sehr von einem normalen Funktionsniveau der Persönlichkeit unterscheiden, veranlasste andere Forscher zur Diskussion der Annahme, dass Persönlichkeitsstörungen sich nicht auf den neutralen Dimensionen eines Faktoren-Modells abbilden lassen und daher andere Modelle zur Anwendung kommen müssten (Millon & Davis, 1996; Siever & Davis, 1991, vgl. Axelrod et al., 1997).

2. Persönlichkeitsstörungen im DSM-IV und ICD-10

Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich durch Abweichungen von sozial anerkannten Eigenschaften sowie von der, in einer bestimmten Gesellschaft anerkannten Norm sozialen Verhaltens aus. In demokratischen Gesellschaften werden Normabweichungen weitgehend toleriert oder sogar - im Falle kreativer Abweichung - mit Anerkennung honoriert (Fiedler, 2001). Von Störungen in der Persönlichkeit wird heute erst dann gesprochen, wenn die Person selbst unter ihrer Persönlichkeit, ihrem So-Sein, leidet oder die Person mit dem Gesetz in Konflikt gerät, wiederholte Norm- und Regelverletzungen vorkommen und die Umwelt massiv unter der Persönlichkeitsausprägung eines Menschen leidet. Beispiele dafür finden sich in extrem ausgeprägtem antisozialen Verhalten, das Bestandteil einiger Persönlichkeitsstörungen ist.

Diese Entwicklung hin zu einem stigmatisierungsfreien Umgang mit Psychatriepatienten wurde maßgeblich beeinflusst von den in den 60er und 70er Jahren geführten Diskussion zum Thema "Etikettierung" und "Labeling". Die in diesem Rahmen geführte Auseinandersetzung war mit eindeutiger Kritik an der damals gängigen Psychiatrie-Klassifikation, die zu Stigmatisierung und Ausgrenzung psychisch Kranker führte, verbunden. Im Ergebnis dieser Auseinandersetzung wurden Begriffe wie Soziopathie und Psychopathie durch den Terminus Persönlichkeitsstörung ersetzt, wodurch das Problem der Stigmatisierung jedoch nicht grundlegend beseitigt werden konnte. Die Vergabe der Diagnose Persönlichkeitsstörung bezieht sich immer auf die Person als Ganzes und

verkennt die interaktionelle Komponente der Störung. Die durch die Diagnostik einer Persönlichkeitsstörung hervorgerufene und manifestierte einseitige Betrachtung als Störung innerhalb einer Person vernachlässigt den sozialen Prozess der Entstehung der Störung und verdrängt die eigentliche Frage der (Mit)schuld. Denn es gilt auch hier: ohne Diagnostik keine Diagnose der Störung einer Persönlichkeit (Fiedler, 2001).

Die Ausarbeitung weitgehend anerkannter und vereinheitlichter Systematiken seelischer Erkrankungen sowie die Bemühungen der Psychiatrie um Anerkennung als medizinische Wissenschaft reichen bis zum Ende des 18./Beginn des 19. Jahrhunderts zurück. Jedoch blieben alle Versuche, ein einheitliches Klassifikationssystem psychiatrischer Erkrankungen zu schaffen bis zum Ende des 2. Weltkrieges weitgehend erfolglos. Erst 1948 wurde unter Schirmherrschaft der WHO das, aus der bis dato gebräuchlichen *International List of Causes of Death* hervorgegangenen *International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death* (ICD) um die Sektion V *Mental, Psychoneurotic and Personality Disorders* erweitert. Obwohl die amerikanischen Psychiater entscheidenden Anteil an der Ausarbeitung dieses Manuals hatten, veröffentlichte die *American Psychiatric Association* kurze Zeit später (1952) das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Beide Diagnosesysteme spielen bis heute in ihren jeweiligen Neufassungen eine gleichberechtigte Rolle im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Diagnostik.

Die Neufassung des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) im Jahr 1980, die eine kritische Betrachtung des medizinisch ausgerichteten Modells psychiatrischer Diagnostik einschloss, stellte eine grundlegende Neuorientierung in der Systematik psychiatrischer Erkrankungen dar. Der mit dieser Fassung des DSM eingeleitete Paradigmenwechsel beeinflusste auch grundlegend die neueste Version des ICD, den ICD-10.

Folgende grundlegenden Änderungen, insbesondere bezüglich des Bereiches Persönlichkeitsstörungen fanden Eingang in die Neufassung des DSM-III und nachfolgend auch im ICD-10:

- Stigmatisierende Begriffe wie "Psychopathie" oder "Soziopathie" wurden genauso aufgegeben wie die Begriffe "Psychose", "Hysterie" oder "Neurose", was eine Abkehr von einer ätiologiegeleiteten Diagnostik impliziert. Der Psychopathiebegriff wurde durch den Begriff "Persönlichkeitsstörungen" ersetzt, in dessen Mittelpunkt als Kriterium das

Leiden des Individuums steht und die sich daraus ergebenden Defizite in seiner sozialen Kompetenz.

- Die Einnahme der Prototypenperspektive, die gekennzeichnet ist durch die Auf-listung prototypischer Merkmale, die Übernahme polythetischer Kriterien, die qualitative Gewichtung der Kriterien entlang einer Dimension, die die Schwere der Störung ausweisen soll, sowie durch das Komorbiditätsprinzip.
- Die Einnahme der interpersonellen Perspektive, welche erlaubt, Persönlichkeitsstörungen als Ausdruck von "Störungen im menschlichen Beziehungsverhalten" zu verstehen und entsprechend zu diagnostizieren.

Das DSM besteht aus 5 Achsen, bei denen auf

- Achse I Klinische Störungen und Syndrome,
- Achse II Persönlichkeitsstörungen,
- Achse III Körperliche Störungen und Zustände,
- Achse IV Psychosoziale und kontextuelle Belastungsfaktoren,
- Achse V Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus

gleichzeitig und unabhängig voneinander kodiert werden können. Diese multiaxiale Struktur ermöglicht sowohl eine differenzierte als auch komplexe Beschreibung der einzelnen Krankheitsbilder.

Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen auf Achse II ist es, im Gegensatz zu einander ausschließenden Syndromdiagnosen auf Achse I möglich, mehrere Persönlichkeitsstörungen gleichzeitig zu kodieren.

Im Gegensatz zum DSM-IV werden Persönlichkeitsstörungen im ICD-10 gemeinsam mit Syndrombereichen anderer psychischer Störungen im Kapitel V (F) unter der Bezeichnung Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) klassifiziert (Rahn & Mahnkopf, 2000). Gemeinsam ist beiden Diagnosesystemen, dass das Prinzip der Komorbidität gilt, d.h. dass so viele Diagnosen vergeben werden können, wie zur Beschreibung eines Zustandsbildes notwendig erscheinen.

Im DSM-IV werden Persönlichkeitsstörungen als extremisierte Persönlichkeitszüge wie folgt charakterisiert:

"Persönlichkeitszüge sind überdauernde Formen des Wahrnehmens, der Beziehungsgestaltung und des Denkens über die Umwelt und über sich selbst. Sie kommen in einem breiten Spektrum sozialer und persönlicher Situationen und Zusammenhänge zum Ausdruck. Nur dann, wenn Persönlichkeitszüge unflexibel und unangepasst sind und in bedeutsamer Weise zu Funktionsbeeinträchtigungen oder subjektivem Leid führen, bilden sie eine Persönlichkeitsstörung. Das wesentliche Merkmal einer Persönlichkeitsstörung ist ein andauerndes Muster von innerem Erleben und Verhalten, das merklich von den Erwartungen der soziokulturellen Umgebung abweicht..." (Saß et al., 1996).

Persönlichkeitsstörungen werden im DSM-System in drei Clustern repräsentiert, innerhalb derer die einzelnen Persönlichkeitsstörungen als Prototypen vertreten sind:

- Zum Cluster A der sonderbar-exzentrischen Persönlichkeitsstörungen zählen die paranoide, schizoide und schizotypische Persönlichkeitsstörung.
- Cluster B der dramatisch-emotional-lunatischen Persönlichkeitsstörungen beinhaltet die narzisstische, die histrionische, die Borderline- sowie die antisoziale Persönlichkeitsstörung.
- Cluster C der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen umfasst die selbstunsichere, die dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

Der ICD-10 definiert Persönlichkeitsstörungen als "tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher." (Dilling et al., 2000, S.225).

Neben den Unterschieden in Struktur und Aufbau beider Manuale unterscheiden sie sich auch hinsichtlich der Zuordnung bestimmter Störungsbilder. Es handelt sich hierbei um die schizotypische, die explosive, die depressive, die narzisstische sowie die passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung, die jeweils in beiden Manualen unterschiedlichen Syndrombildern zu finden sind. Die schizotypische Persönlichkeitsstörung des DSM-IV, die im Folgenden ausführlichere Beachtung findet, wird im ICD-10 als Schizotypie Störung den Psychosen (F.20) zugeordnet (Fiedler, 2001).

3. Entwicklung der Borderline - Konzeption

Die Bezeichnung Borderline hielt bereits vor über 100 Jahren Einzug in die Psychiatrie (Stone, 1986), jedoch wandelten sich die Definitionskriterien im Laufe der Zeit erheblich. Waren die anfänglichen Borderline-Diagnosen in erster Linie aus subjektiven Beobachtungen hergeleitet und unspezifisch (Stern, 1938), so verfügt die moderne Diagnostik heute mit dem ICD-10 und dem DSM-IV über Diagnosemanuals, die hochgradig objektivierbare und von psychodynamischen Annahmen unabhängige Kriterien zur Diagnostik von Borderline-Störungen bereitstellen.

Die Anwendung der Bezeichnung *border* auf eine Patientengruppe wurde erstmalig 1884 von Hughes vorgenommen (Hughes, 1884 vgl. Kind, 2000). Aber erst Adolph Stern lieferte 1938 eine präzise Beschreibung dieser Art von Patienten, wobei er sich in erster Linie eines primär therapeutischen Zugangs bediente und hauptsächlich mit in der Psychoanalyse gebräuchlichen, nicht objektivierbaren Begriffen operierte. Er sprach beispielsweise von der "Projektion des allmächtigen Objekts auf den Therapeuten", begrenzte die Möglichkeit einer psychotischen Regression auf die Übertragungssituation und verwies auf die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Interaktionen (Vgl. Kind, 2000).

Die Entwicklung des Borderline-Begriffs ist hauptsächlich durch zwei Entwicklungslinien gekennzeichnet. Auf der einen Seite waren es die Psychoanalytiker, die durch die psychotherapeutische Behandlung ihrer erwachsenen Patienten auf das Krankheitsbild aufmerksam wurden und den Begriff Borderline zunächst auf Patienten anwandten, deren Symptome zwischen Neurose und Psychose angesiedelt zu sein schienen.

Eine große Anzahl von Psychiatern dagegen vermutete, dass das Borderline-Syndrom als prämorbidem Krankheitsbild auf dem Wege zur Schizophrenie zu betrachten sei. Bezogen

die Analytiker ihr Wissen und ihre Erfahrungen aus der Behandlung einer großen Anzahl von Patienten, so nutzen die Psychiater die Ergebnisse von Adoptions- sowie groß angelegten High-Risk-Studien, die im Umfeld von an Schizophrenie erkrankten Personen durchgeführt wurden (Fiedler, 2001).

Diese zwei Entwicklungslinien, die durch die Aufnahme der Borderline-Störung als Persönlichkeitsstörung in den DSM-III, später auch in das ICD-10 ihren Zusammenschluss fanden, bestimmen maßgeblich die bis heute nicht abreißende Flut von Untersuchungen und Publikationen zum Thema Persönlichkeitsstörungen im allgemeinen und Borderline im besonderen.

Am Beginn der psychiatrischen Forschungstradition wurde der Borderline-Begriff zur Kennzeichnung fließender Übergänge zwischen Persönlichkeitsauffälligkeiten, wie sie oft bei Kindern oder nahen Verwandten von an Schizophrenie Erkrankten beobachtet wurden und manifest Erkrankten, genutzt. Bereits 1922 vermutete Bleuler ein Kontinuum, an dessen einem Ende die manifeste schizophrene Erkrankung stand, am anderen aber die, noch dem Normalitätsbereich zuzurechnende, schizoide Persönlichkeit. Zwischen beiden Polen lagen die Borderline-Zustände als Übergangsphänomene zwischen manifester Schizophrenie und schizoiden Persönlichkeitsauffälligkeiten. Als hervorstechende Merkmale dieser Borderline-Schizophrenie galten insbesondere:

- fremdartige Denkgewohnheiten,
- kognitive Verzerrungen im Wahrnehmungsbereich,
- Anhedonie,
- Fluktuierend-chaotische sexuelle Anpassung,
- Multiple, häufig wechselnde neurotische Symptome (Fiedler, 2001)

Für diese Übergangsphänomene im Grenzbereich zu den schizophrenen Störungen, die insbesondere durch die psychiatrische Forschung als mögliche Borderline-Störungen thematisiert worden waren, wurde 1953 der Begriff der Schizotypie eingeführt (Rado, 1953 und Meehl, 1962, 1990), welche heute im DSM-IV als schizotypische Persönlichkeitsstörung im Cluster A und im ICD-10 als schizotype Störung im Bereich F2 "Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen" kodiert wird. Sie ist wie jede Persönlichkeitsstörung gekennzeichnet durch mangelnde soziale Kompetenz und zeichnet sich insbesondere durch Beziehungsideen, magische Denkinhalte,

Wahrnehmungsverzerrungen, Argwohn, inadäquaten bzw. eingeschränkten Affekt, mangelnde soziale Beziehungen sowie soziale Angst aus.

Insbesondere die Untersuchungen von Spitzer et al. (1979) erbrachten differentialdiagnostisch relevante Kriterien für die Unterscheidung zwischen schizotypischer und Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die schizotypische Störung zeichnet sich durch erhebliche Ähnlichkeiten mit den Eigenarten schizophrener Störungen aus, wohingegen die durch eine hohe Instabilität in den Bereichen Identität, Affekt und Beziehungen gekennzeichnete Borderline-Persönlichkeitsstörung den Beschreibungen und Konzepten der Psychoanalytiker näher kam.

Die bereits 1921 von Kretschmer beschriebenen *anaesthetischen* Verhaltensauffälligkeiten, wie Neigung zu sozialer Isolation und autistisches In-sich-Hineinleben, welche ursprünglich auch als Merkmale einer Borderline-Störung galten, wurden später unter dem Begriff der schizoiden Persönlichkeitsstörung subsumiert und fanden gemeinsam mit der schizotypischen und Borderline-Persönlichkeitsstörung Eingang in die Neufassung des DSM (Fiedler, 2001). Die schizoide Störung wird heute im DSM-IV ebenso wie die schizotypische Persönlichkeitsstörung im Cluster A der sonderbar-exzentrischen Persönlichkeitsstörungen aufgeführt. Im ICD-10 ist die schizoide Störung als Persönlichkeitsstörung unter F6 zu finden.

Die Zusammenfassung der Verhaltensauffälligkeiten, die nicht den typischen Eigenarten schizoider und schizotypischer Persönlichkeiten entsprechen zu einem eigenständigen Syndrom spezifischer Interaktionsstile hatte auf die Konzeptualisierung der Borderline-Störung im DSM-III einen entscheidenden Einfluss. So arbeiteten beispielsweise Grinker et al. (1968) die folgenden Aspekte einer Borderline-Persönlichkeitsstörung heraus:

- Wenig differenzierte Wut,
- Grundlegende Gestörtheit der zwischenmenschlichen Beziehungen, die sich sowohl in auffälliger Abhängigkeit als auch oppositionellem Verhalten äußert,
- Das Fehlen einer in sich geschlossenen Identität,
- Die Neigung zur Depressivität, die auf Gefühlen von Einsamkeit und Unbezogenheit fußt.

In der Folgezeit waren es insbesondere die Arbeiten Otto F. Kernbergs, die die

Entwicklung der Borderline-Konzeption vorantrieben. Kernberg seinerseits ordnet die Borderline-Persönlichkeitsstörung in ein weitergefasstes Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation ein und unternimmt den Versuch, einzelne Persönlichkeitsstörungen innerhalb dieser Organisationsform zu verorten und miteinander in Beziehung zu setzen. Sein Ansatz basiert auf der Durchführung einer strukturellen Analyse unter Berücksichtigung und besonderer Beachtung der zum Tragen kommenden Abwehrmechanismen.

Gunderson und Singer (1975) sowie Gunderson und Kolb (1978) kommt das Verdienst zu, die innerhalb der Psychoanalyse entwickelten Konzepte psychometrisch verankert zu haben. In ihrer viel zitierten Übersichtsarbeit benennen Gunderson und Singer (1975) fünf Dimensionen, die das Störungsbild auf phänomenologisch-deskriptiver Ebenen abbilden:

- Dysphorische Affekte,
- Impulsive Handlungen,
- Gestörte enge zwischenmenschliche Beziehungen,
- Psychoseähnliche Kognitionen und
- Anpassungsstörungen im sozialen Bereich.

Spitzer et al. (1979) fügten auf der Grundlage ihrer Untersuchungen noch das von Kernberg vorgeschlagene Kriterium der

- Instabilen Identität

hinzu. Diese Kriterien bildeten als Gesamtheit den Kriterienkatalog für die Aufnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung in das DSM-III. Die Untersuchungen von Spitzer et al. (1979) erbrachten außerdem eine bessere differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen schizoider, schizotypischer und Borderline-Persönlichkeitsstörung und gaben den Ausschlag für die Aufnahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung in das DSM-III (Fiedler, 2001).

Nach kontroversen Diskussionen wurde ein weiteres Kriterium in die Fassung des DSM-IV aufgenommen:

- Vorübergehende stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwer dissoziative

Symptome (vgl. Bohus et al. 2001).

Mit der Aufnahme in die diagnostischen Manuale hatte sich der Begriffsinhalt von *Borderline* grundlegend geändert. Borderline charakterisierte nunmehr keine Störung mehr an der Grenzlinie zwischen Neurose und Psychose, sondern eine eigenständige diagnostische Entität innerhalb des Bereiches der Persönlichkeitsstörungen. Dennoch wird auch noch heute eine Debatte darüber geführt, ob die Borderline-Patienten eher den affektiven als den schizophrenen Störungen zuzurechnen seien (Stone, 2000). Akiskal (2000) plädiert für die Einbeziehung der Borderline-Patienten in eine Gruppe milder affektiver Störungen, wobei der Frage des Temperaments und der affektiven Dysregulation eine große Rolle zukomme.

Clarkin, Hull und Hurt (1993) untersuchten die Faktorenstruktur der im DSM-III-R festgelegten Diagnosekriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und fanden drei Faktoren, die 56% der Gesamtvarianz aufklärten und somit die einer Borderline-Störung zugrundeliegenden Dimensionen aufzeigten. Der erste Faktor umfasst die Unsicherheit der Patienten gegenüber ihrem eigenen Selbst sowie, damit verbunden, die Unsicherheit in zwischenmenschlichen Beziehungen. Dazu gehörten Identitätsprobleme, Gefühle von Leere und Langeweile, Angst vor Verlassenwerden und instabile Beziehungen. Dieser Faktor beschreibe somit die Schwierigkeiten von Borderline-Patienten in Beziehung zu sich selbst und anderen und reflektiere die vermutlich zentrale Pathologie der Borderline-Persönlichkeit. Der zweite Faktor beinhaltet die Probleme bezüglich der Regulation von Affekt und Stimmung, insbesondere die Kontrolle von Wut, Affektinstabilität sowie Suizidalität und Selbstverletzung. Dieser Faktor beschreibt eine wichtige Dimension der Borderline-Pathologie und ist ausschlaggebend für den Vorschlag einiger Forscher, die Borderline-Störung als eine affektive Störung zu betrachten (Akiskal, 1981). Gleichzeitig unterstützt die Struktur des Faktors die Annahme eines Zusammenhangs zwischen Affektinstabilität und Suizidalität/Selbstverletzung insofern, als dass Borderline-Patienten Verletzungen des Selbst bis hin zur Auslöschung desselben als Mittel zur Stabilisierung des Affekts nutzten (Kernberg, 1993). Auf den dritten Faktor lädt als alleiniges Kriterium die für Borderliner typische Impulsivität, die sich u.a. in Promiskuität, Drogenmissbrauch, Kaufsucht, Binge-Eating, rücksichtslosem Fahren und Ladendiebstahl äußert.

Im Folgenden sei noch eine Zusammenfassung der derzeit geltenden Diagnosekriterien des DSM-IV und ICD-10 zur Diagnostizierung einer Borderline-Störung gegeben:

Laut DSM-IV müssen mindestens fünf der folgenden Kriterien erfüllt sein (301.83)

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, "Fressanfälle").
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronisches Gefühl der Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z.B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

(Saß et al., 1996, S. 739)

Die Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung F 60.3, zu der sowohl die Borderline-Störung, als auch die Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ gehört, wird im ICD-10 wie folgt definiert:

Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und mit wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit, voranzuplanen, ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können oft zu gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen; dieses Verhalten wird leicht ausgelöst,

wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert oder behindert werden. Zwei Erscheinungsformen dieser Persönlichkeitsstörung können näher beschrieben werden, bei beiden finden sich Impulsivität und mangelnde Selbstkontrolle.

F60.30 Impulsiver Typus

Die wesentlichen Charakterzüge sind emotionale Instabilität und mangelnde Impulskontrolle. Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere.

F60.31 Borderline Typus

Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigenen Selbstbild, Ziele und "innere Präferenzen" (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen).

4. Prävalenzraten

Ca. 10-15% der allgemeinen Bevölkerung und mehr als 15% der wegen psychischer Störungen behandelten Patienten leiden an einer Persönlichkeitsstörung (Torgersen et al., 2001; Zimmerman & Coryell, 1989). Die Prävalenzraten in psychiatrischen Populationen betragen 40-60% und unter forensischen Patienten bis zu 80% (Mattia & Zimmerman, 2001; Herpertz und Saß, 2003). Die Prävalenzrate der Borderline-Störung wird in der Allgemeinbevölkerung mit 2-3% angenommen, während sie bei ambulanten Patienten auf ca. 10%, bei stationären auf ca. 20% geschätzt wird (Skodol et al., 2002b; Siever et al., 2002). Oft wird die Frage gestellt, ob es in den letzten Jahrzehnten zu einer Zunahme der Borderline-Persönlichkeitsstörung gekommen ist oder es sich um einen diagnostischen Modetrend, eine Folgeerscheinung gesamtgesellschaftlich veränderter Lebensbedingungen, theoriebedingter Veränderungen in der Untersucherperspektive oder subtile Labelingprozesse handelt (Rohde-Dachser, 1989). Vergleicht man die Ergebnisse der Untersuchungen der letzten 10 bis 20 Jahre, ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Zu- oder Abnahme der Prävalenz seit dem Zeitpunkt der ersten Veröffentlichungen

(Stone, 2000). Da die in diesem Zeitraum dokumentierten Studien jedoch weniger auf groß angelegten Bevölkerungsstudien als auf klinischen Studien basieren und es keine entsprechenden, langfristig durchgeführten Längsschnittstudien in der Bevölkerung gibt, ist eine Zunahme der Borderline-Persönlichkeitsstörungen in den letzten 30 Jahren in Amerika, Australien und Westeuropa nicht von vornherein auszuschließen. Diese, und viele andere Fragen zur Borderline-Störung wird die Forschung in den nächsten Jahren zu beantworten haben.

III. Psychodynamische Konzepte zur Borderline - Persönlichkeitsstörung

In diesem Kapitel wird der Versuch unternommen, eine Zusammenfassung psychodynamisch orientierter Konzepte zum Thema Borderline unter besonderer Beachtung der Selbstkonzept-Entwicklung bei der Borderline-Persönlichkeit zu geben. Im Mittelpunkt der Arbeit steht dabei die Objektbeziehungstheorie Otto F. Kernbergs, dessen Konzepte zum Thema Borderline-Persönlichkeitsorganisation einen entscheidenden Beitrag für das wachsende Verständnis von Persönlichkeitsstörungen geliefert und der Forschung auf diesem Gebiet entscheidende Impulse verliehen haben. Neben Kernberg gibt es natürlich auch andere psychodynamisch orientierte Wissenschaftler und Forscher, die sich in ihren Arbeiten mit der Borderline-Störung beschäftigen und auseinandersetzen und sich dabei sowohl auf die Arbeiten Kernbergs beziehen, als sich auch von seinen Konzepten abgrenzen und den Fokus auf andere Aspekte der Störung und deren Ätiologie legen. Aus der Fülle der vorliegenden Arbeiten zum Thema Borderline wurde deshalb eine Auswahl getroffen, die sich einerseits an der Bedeutung und dem Bekanntheitsgrad der jeweiligen Arbeiten orientiert, aber auch den Versuch unternimmt, interessante und neue originelle Arbeiten zu berücksichtigen. Als Beispiel dafür seien die Arbeiten Fonagys genannt, der den Versuch unternimmt, die psychodynamische Sichtweise mit empirisch verankerten Konzepten aus der Entwicklungspsychologie zu verbinden (Fonagy et al., 2003). Dieses sein Anliegen stößt dabei einerseits auf Interesse innerhalb der analytischen Gemeinschaft, bleibt mit dem Hinweis auf Vernachlässigung wichtiger psychoanalytischer Annahmen aber nicht unwidersprochen (Lansky, 2003). Auf Grund der Vielzahl der Veröffentlichungen und Konzeptionen kann die vorliegende Übersicht über psychodynamische Borderline-Konzepte keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Ein weiterer entscheidender Aspekt für den Fokus der Aufmerksamkeit bildete das Thema der Arbeit, nämlich die Frage nach dem Selbstkonzept der Borderline-Persönlichkeit. In den letzten Jahre ist auch innerhalb der psychoanalytischen Literatur der Begriff des Selbst immer mehr in den Vordergrund getreten und hat in gewissem Maße den aus dem Freudschen Instanzenmodell stammenden Klassiker der Psychoanalyse, das ICH¹, zwar nicht ersetzt, so doch eine Diskussion sowohl über den Inhalt des ICH als auch dessen Bezug zum Selbst entfacht. Das ICH in der neueren analytischen Literatur wird diskutiert

als eine Struktur, deren Aufgabe, wie bereits bei Freud, darin liegt, zwischen ES, Über-ICH und Realität zu vermitteln. Dabei verfügt das ICH als Konstrukt über eine Reihe von Substrukturen, mit deren Hilfe es verschiedene Funktionen ausübt. Das ICH wird von Seidler beschrieben als "Realisationsprozessor von teils in Strukturen gebundenen, teils aus unmittelbaren Wahrnehmungen von Innen und Außen zufließenden Informationen.... Diese (Informationen) stehen einerseits dynamisch mit dem Triebapparat in Verbindung, andererseits mit dem in die Außenwelt gerichteten Sensorium, und dem ICH kommt die Funktion zu, das Anliegen des Subjekts unter Nutzung dieser vorhandenen Informationen zu realisieren" (Seidler, 2002, S.306). Der Begriff des Selbst wird innerhalb der einzelnen psychoanalytischen Schulen recht unterschiedlich definiert. Rudolf (Arbeitskreis OPD²) spricht vom Selbst dann, "wenn das objektsuchende ICH sich selbst zum Objekt nimmt. Aus dem präreflexiven ICH wird dann das reflexive Selbst (Rudolf, 1996, S.66). Einen entscheidenden Beitrag zum Selbstbegriff innerhalb der Psychoanalyse lieferte Kohut mit seinen Schriften zur Selbstpsychologie. Kohut geht dabei von einer eigenständigen unabhängigen Entwicklungstendenz des Selbst von archaischen zu reifen Formen aus. In seiner Theorie wird die zentrale Rolle des Triebes durch die Funktion des Selbst ersetzt. Das Selbst versteht Kohut als den Kern der Persönlichkeit, der sich im Zusammenspiel von genetischen und Umweltfaktoren herausbildet und nach Realisierung seines ihm immanenten Handlungsprogramms strebt. Dabei ist das Selbst lebenslang und besonders in der präödiptalen Phase angewiesen auf ausreichende Spiegelung durch ein empathisches Selbstobjekt (Kohut, 1993).

Auf der Grundlage des anwachsenden Wissens um die Ätiologie der Borderline-Störung innerhalb der Psychoanalyse sind verschiedene Therapierichtungen entstanden. Dazu gehören die übertragungsfokussierte, manualisierte psychodynamische Therapie der Borderline-Störung (Kernberg et al., 2000), die auf dem *multiple self states model* (Ryle, 1997) basierende kognitiv-analytische Therapie (CAT) sowie das, mit dem Thema Bindung in Zusammenhang stehende Behandlungsprogramm für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bateman, Fonagy, 2003).

An dieser Stelle soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass auf der einen Seite die unterschiedlichen Therapierichtungen auf der Grundlage der analytischen Borderline-Konzepte entwickelt wurden, dass aber andererseits die Konzepte und Theorien selbst auf den Einsichten und Erfahrungen beruhen, die durch die Behandlung einer Vielzahl von Patienten mit schweren psychopathologischen Störungen gewonnen wurden. Gleichzeitig

basieren die Konzepte natürlich auf den Lehr- und Glaubenssätzen des inzwischen umfangreichen und weitverzweigten psychoanalytischen Theoriengebäudes.

Kernberg selbst verweist in seinen Texten auf das groß angelegte Psychotherapie-Forschungsprojekt der Menninger-Stiftung³ und illustriert seine theoretischen Ausführungen anschaulich anhand von Einzelfallbeschreibungen.

Erst in den letzten Jahren gibt es auch innerhalb der psychoanalytischen Forschung Tendenzen, empirische Testverfahren zur Validierung einzelner psychodynamischer Konstrukte einzusetzen, ein Anliegen, dem sich die Arbeitsgruppe OPD verschrieben hat (Arbeitskreis OPD, 1998, Rudolf, 2002).

Im Folgenden werden ausgewählte psychodynamische Theorien zu einzelnen Aspekten der Borderline-Störung, insbesondere zu deren Ätiologie sowie damit im Zusammenhang stehend zu Fragen der Entstehung und Beschreibung des Selbstkonzepts bei Borderlinern vorgestellt.

1. Kernbergs Objektbeziehungstheorie

1.1. Persönlichkeit bei Kernberg

Innerhalb des psychodynamischen Denkansatzes hat Kernberg mit seiner Objektbeziehungstheorie sowie seinen Schriften zur Borderline-Persönlichkeitsorganisation einen entscheidenden Beitrag zum Verständnis und zur weiteren Erforschung von Persönlichkeitsstörungen geleistet.

Der psychodynamische Ansatz Kernbergs befindet sich in der Tradition der britischen Objektpsychologie sowie der ICH-Psychologie und basiert auf der von Freud aufgestellten Triebtheorie. Außerdem bezieht Kernberg sich auf die Arbeiten Mahlers zur frühkindlichen Entwicklung. Der Ansatz Kernbergs unterscheidet sich grundlegend von den Versuchen einer dimensional und kategorialen Beschreibung der Persönlichkeit, welche Persönlichkeitsstörungen, wie bereits beschrieben, entweder als Extremabweichungen von Normalvarianten der Persönlichkeit definieren oder die Störungen auf der Grundlage ihrer klinischen Symptome gruppieren. Ganz in der Tradition der Psychoanalyse nimmt

Kernberg eine strukturelle Analyse der Persönlichkeit vor, da er davon ausgeht, dass sowohl das pathologische Verhalten der Patienten, als auch deren Symptome in erster Linie Ausdruck der ihnen zugrunde liegenden Strukturen sind und von diesen determiniert werden. Strukturanalyse heißt bei Kernberg Analyse der Makrostrukturen des von Freud postulierten Strukturmodells, bestehend aus ES, ICH und Über-ICH, sowie Analyse der "Strukturabkömmlinge verinnerlichter Objektbeziehungen" (Kernberg, 1996, S.41). Auf der Grundlage dieser Strukturanalyse gelangt Kernberg zu einer Beschreibung des Funktionsniveaus der Persönlichkeit (Rudolf, 2002) und damit zu einer Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen auf unterschiedlichen Organisationsniveaus.

Kernberg definiert Persönlichkeit allgemein als ein System, das determiniert wird von Temperament, Charakter und internalisiertem Wertesystem, wobei er Temperament als „eine konstitutionell vorhandene und in weiten Teilen genetisch determinierte, angeborene Disposition zu Reaktionsweisen auf Umweltreize, insbesondere Intensität, Rhythmus und Schwelle affektiver Reaktionen“ (Kernberg 2000, S.46) versteht. Der Charakter umfasst die im Verhalten zum Ausdruck kommende ICH-Identität, welche durch die integrierten Konzepte vom Selbst und bedeutenden Anderen determiniert ist. Persönlichkeit kann somit definiert werden als „dynamische Integration aller Verhaltensmuster, die sich aus Temperament, Charakter und internalisiertem Wertesystem herleiten lassen.“ (Kernberg, 2000, S.47).

1.2. Die Borderline - Persönlichkeitsorganisation

Auf der Grundlage ausgedehnter Forschungen zu Persönlichkeitsstörungen, insbesondere zur Borderline-Störung sowie zum pathologischen Narzissmus prägte Kernberg den Begriff der Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Seiner Ansicht nach umfasst die Borderline-Persönlichkeitsorganisation eine große Anzahl von Persönlichkeitsstörungen, die alle durch die folgenden drei Charakteristika gekennzeichnet sind:

- Das Syndrom der Identitätsdiffusion,
- Das Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen, in deren Zentrum die Spaltung steht,

- Die intakte Realitätsprüfung (Kernberg, 2000).

Die einzelnen Störungsbilder lassen sich im zweidimensionalen Raum entlang der Achse *Temperament*, mit den Ausprägungen Introversion - Extraversion, und der Achse *Schweregrad der Störung* abbilden. Zwischen den Störungsbildern bestehen fließende Übergänge, wobei es während der Therapie und als deren erklärtes Ziel zu einer Verringerung des Schweregrades der Störung und somit zum Übergang in ein weniger pathologisches Störungsbild kommt. Ausgehend von der Kernbergschen Definition von Persönlichkeit spielt der Temperamentsfaktor als grundlegende Determinante eine Rolle bei der Ausprägung einer bestimmten Störung. Bei einem hohen Grad von Extrovertiertheit wird es beispielsweise eher zur Ausbildung einer antisozialen als eine schizotypischen Persönlichkeitsstörung kommen.

Die zur Borderline-Persönlichkeitsorganisation gehörenden Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich somit durch das Niveau der Borderline-Organisation, welches die Schwere der Erkrankung widerspiegelt. Auf niedrigem Niveau der Borderline-Persönlichkeitsorganisation befinden sich neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die Schizotypische, die Schizoide und Paranoide Persönlichkeitsstörung, auf hohem Niveau findet man die Narzisstische, die Histrionische und die Zykllothyme Persönlichkeitsstörung. An die Borderline-Persönlichkeitsorganisation schließt sich die neurotische Persönlichkeitsorganisation an. Die schwersten Persönlichkeitsstörungen in Form atypischer Psychosen bezeichnet Kernberg als Psychotische Persönlichkeitsorganisation. Um die oben aufgeführten Begriffe Identitätsdiffusion, Spaltung und Realitätsprüfung näher bestimmen zu können, ist es zunächst notwendig, die Grundgedanken der von Kernberg begründeten Objektbeziehungstheorie zu erläutern.

1.3. Die Objektbeziehungstheorie - Prozesse einer nicht-pathologischen Entwicklung

Kernberg begreift Introjektionen als die früheste, primitivste und fundamentale Ebene der Organisation von Internalisierungsprozessen. Internalisierungen als Ergebnisse dieser Prozessen manifestierten sich als innere Repräsentanzen von Interaktionen, die im Gedächtnis gespeichert werden und drei unterschiedliche Komponenten umfassen:

- ein Objektbild,
- ein Selbstbild in der Interaktion mit dem Objekt, sowie
- den an die Interaktion gekoppelten Affekt.

Durch ständig wiederkehrende Interaktionen innerhalb der Mutter-Kind-Dyade, die durch liebevolles und versorgendes Verhalten der Mutter gekennzeichnet seien, komme es zur Introjektion des sogenannten *guten inneren Objekts*. Durch die fortwährende Interaktion von Mutter und Kind und der damit einhergehenden stetigen Aufnahme neuer Informationen gelinge eine immer weitere Ausdifferenzierung sowohl des Selbst- als auch des Objektbildes. Auf der Grundlage der Internalisierung vorwiegend positiv gefärbter Affekte könnten zunehmend auch Affekte mit negativer Valenz in das Selbst- und Objektbild integriert werden. Kernberg folgt hier dem Konzept der Triebtheorie Freuds und stützt die Auffassung der Entwicklung libidinöser und aggressiver Triebe, wobei Affekte sowohl als Bausteine der beiden Haupttriebe entgegengesetzter Valenz als auch als Auslöser für eine Triebaktivierung im Kontext des Interaktionsgeschehens fungierten. Im Zentrum des Aggressionstriebes steht bei Kernberg Wut, gefolgt von Hass und Neid, den von ihm beschriebenen Kernaffekten der Borderline-Organisation.

Mit der fortschreitenden Entwicklung der kognitiven und perzeptiven Fähigkeiten des Kindes sei dieses im weiteren Verlauf der Entwicklung fähig, nicht nur einzelne Aspekte von Interaktionen zu internalisieren, sondern, ein Rollenverständnis zu entwickeln und bestimmte, immer wiederkehrende Rollen zu internalisieren und sich mit ihnen zu identifizieren. Später sei das Kind dann in der Lage, sowohl seine eigene, als auch die jeweils komplementäre Rolle in Szene zu setzen.

Die Ausbildung einer Ich-Identität bilde die höchste Stufe der Internalisierungsprozesse und basiere auf den bisher erfolgten Introjektionen und Identifizierungen. Im Ergebnis des vom ICH gesteuerten Integrationsprozesses entstehe eine Struktur, die gekennzeichnet sei durch

- ein Gefühl der Kontinuität des Selbst,
- ein konsistentes inneres Bild der äußeren Objekte und
- die Anerkennung der Konsistenz von Selbst- und Objektbildern durch die Umwelt.

Das Selbst wird von Kernberg bezeichnet als „die Organisation der Selbstbild-Komponenten von Introjektionen und Identifizierungen“ (Kernberg, 1992, S.28). Bei erfolgreicher Integration der verschiedenen Selbst- und Objektbilder mit unterschiedlichen affektiven Valenzen (libidinös und aggressiv) sowie der geglückten Trennung von Selbst-

und Objektrepräsentanzen und somit der Errichtung fester Ich-Grenzen nehme das Kind sich wahr als ein Individuum, das sich der Umwelt gut anpassen könne und über das nötige Verhaltensrepertoire verfüge, um den Herausforderungen des Lebens gewachsen zu sein. Sein Verhalten in zwischenmenschlichen Interaktionen werde von der Umwelt als konsistent wahrgenommen.

Die Entwicklung einer stabilen Ich-Identität erfordere im Wesentlichen zwei Entwicklungsschritte:

In einem ersten Schritt gehe es um die ausreichende Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen als entscheidender Voraussetzung für die Möglichkeit der Realitätsprüfung. Diese Phase wird von Mahler, auf die Kernberg sich hier bezieht, als die Phase der Loslösung-Individuation bezeichnet⁴. Durch die fortschreitende Entwicklung der Wahrnehmungsfähigkeit sowie der Gedächtnisleistung erweitere sich die Fähigkeit des Säuglings zur Unterscheidung zwischen Innen und Außen, intrapsychischen und externen Reizen. Bei geringer Frustrationstoleranz oder übermäßiger Frustration durch die Umwelt gelinge dieser Prozess nicht, es komme zu einer regressiven Wiederverschmelzung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen zur Abwehr unvorstellbarer Ängste. Das gute innere Objekt müsse erhalten, die Aggression nach außen verlagert werden, um zu verhindern, dass in einer „von aggressiv besetzten Internalisierungen beherrschten inneren Welt die idealen Objektbeziehungen durch die aggressiv infiltrierten Objektbeziehungen übermächtig kontrolliert oder zerstört werden.“ (Kernberg, 2000, S.51). Ein Scheitern dieser Entwicklungsphase und ein Rückfall in regressiv Wiederverschmelzungsprozesse zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen kennzeichne die psychotische Persönlichkeitsorganisation.

Der zweite notwendige Entwicklungsschritt auf dem Wege zu einer stabilen Ich-Identität bestehe darin, die libidinös besetzten Selbst- und Objektrepräsentanzen mit den aggressiv besetzten Repräsentanzen von Selbst und Objekt in ein kohärentes Selbst- und Objektbild zu integrieren. Innerhalb dieses Prozesses komme es sowohl zu einer Abschwächung der „Spitzenaffekte“ als auch zu einer weiteren Ausformung und Differenzierung der Affekte. Im Ergebnis entstünden realistischere integrierte Selbst- und Objektbilder mit einem dazugehörigen breiten Spektrum affektiver Dispositionen.

1.4. Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation

Bei Patienten mit einer Borderline-Organisation seien beide Entwicklungsschritte in gewissem Umfang misslungen. Im Gegensatz zu Patienten mit psychotischer Persönlichkeitsorganisation stehe bei Borderline-Patienten jedoch nicht die mangelhafte Selbst-Objekt-Differenzierung im Mittelpunkt, sondern die fehlende Integration der durch Introjektion und Identifizierung entstandenen *guten* und *bösen* Objektbeziehungseinheiten. Die Repräsentanzen verschiedener Selbst- und Objektanteile mit ihren entgegengesetzten affektiven Dispositionen könnten nicht zu kohärente Selbst- und Objektbilder zusammengefügt werden. Der Abwehrmechanismus der Spaltung, welcher in einer frühen Entwicklungsphase des ICH angemessen sei und verhindere, dass die introjizierten positiven Interaktionserfahrungen mit der Mutter von negativen Erfahrungen überlagert werden und Wut auf das frustrierende Objekt dieses zerstöre, mache eine Integration der verschiedenen Objektbeziehungseinheiten zu kohärenten Selbst- und Objektbildern unmöglich. Als Folge davon komme es zur Identitätsdiffusion, die gekennzeichnet sei durch das Nebeneinanderbestehen unverbundener, gegensätzlicher Selbst- und Objektbilder.

Die Fähigkeit zur Realitätsprüfung sei bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation gegeben, da die im ersten Entwicklungsschritt notwendige Differenzierung zwischen Selbst- und Objektbildern erfolgreich durchlaufen worden sei. Nur innerhalb sehr enger Beziehungen, wie sie auch im Verlaufe einer Psychotherapie entstünden, könne es auf Grund ständig wechselnder Projektionen und Reintrojektionen zur Ausbildung einer Übertragungspsychose kommen, die mit einem partiellen Verlust der Realitätsprüfung einhergehe

Kernberg nennt verschiedene Ursachen für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Ursprünglich ging er davon aus, dass eine angeborene Veranlagung für eine exzessive oder inadäquate Affektaktivierung, als auch schwere frühe Frustrationen eine übermäßige Stärke des Aggressionstriebes hervorbringen, der dann eine Spaltung in nur gute, idealisierte und nur schlechte, verfolgende Objektbeziehungseinheiten bedinge. Im Zuge einer großen Anzahl empirischer Untersuchungen zur Traumaätiologie der Borderline-Störung sieht Kernberg die Herausbildung einer Borderline-Organisation heute auch als mögliche Reaktion auf frühen, schweren, chronischen körperlichen Schmerz, körperliche Misshandlung und/oder

sexuellen Missbrauch.

1.5. Abwehrmechanismen der Borderline-Persönlichkeitsorganisation

Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation sei gekennzeichnet durch das Auftreten primitiver Abwehrmechanismen, in deren Zentrum die Spaltung stehe. Um den Abwehrmechanismus der Spaltung gruppierten sich die Mechanismen der projektiven Identifizierung, Verleugnung, primitiven Idealisierung, Entwertung und omnipotenten Kontrolle. Kernberg geht davon aus, dass die primitiven Abwehrmechanismen im Verlauf einer normalen Entwicklung durch reifere Formen der Abwehr, wie Verdrängung, Reaktionsbildung, Rationalisierung, Intellektualisierung etc. abgelöst werden. Die reiferen Abwehrmechanismen bewahrten das ICH vor innerpsychischen Konflikten, indem die Konflikte verdrängt oder mittels eines der anderen Abwehrmechanismen aus dem Bewußtsein verbannt werden. Das Überwiegen primitiver Abwehrmechanismen bedeute, dass der Konflikt nicht intrapsychisch ausgetragen, sondern in die Interaktion verlagert werde.

Im Folgenden sollen die einzelnen Abwehrmechanismen kurz dargestellt werden (Kernberg, 1996; Lohmer, 2000):

Spaltung

Das ICH der Borderline-Organisation nutze den primitiven Abwehrmechanismus der Spaltung, um internalisierte und durch Identifikationsprozesse entstandene konträre Objektbeziehungseinheiten aktiv voneinander getrennt zu halten. Die *guten* Selbst- und Objektanteile sollten vor einer Gefährdung durch die, mit den abgespaltenen *schlechten* Objektbeziehungseinheiten verbundenen Aggressionen geschützt werden. Das aktive Auseinanderhalten der widersprüchlichen Aspekte von Selbst und Objekt ersparten dem ICH die Wahrnehmung eines damit verbundenen Konflikts und das Erleben von Angst. Könne die Spaltung nicht aufrechterhalten werden, z.B. in extremen Belastungssituationen, komme es zum Ausbruch diffuser Ängste sowie Konfusions- und Verwirrungszuständen. Der Preis für die Spaltung bestehe in der Ausbildung scharf kontrastierender Persönlichkeitsbereiche und einem fehlenden Bewußtsein für die Ambivalenz der eigenen Selbst- und Objektbilder.

Verleugnung

Eng verbunden mit dem Abwehrmechanismus der Spaltung ist die Verleugnung. Gemeint ist damit die Tatsache, dass eine Borderline-Persönlichkeit um die Existenz der verschiedenen konträren Selbst- und Objektzustände zwar wisse, dieses Wissen jedoch keinerlei Bedeutung für die derzeit stattfindende Interaktion zwischen Selbst und Objekt habe. Die gegenteiligen Wahrnehmungen, Gefühle und Gedanken sind in der Erinnerung präsent, besäßen jedoch insbesondere keinerlei emotionale Relevanz. Die Ambivalenz könne zwar kognitiv erkannt und nachvollzogen werden; die mit einem Konflikt normalerweise assoziierten Gefühle wie Angst, Zorn, Wut fehlten jedoch vollständig, zumindest solange, wie Spaltung und Verleugnung aufrechterhalten werden könnten.

Projektive Identifizierung und omnipotente Kontrolle

Durch den Mechanismus der Projektiven Identifizierung würden im Moment der Interaktion nicht akzeptable, abgespaltenen Selbstanteile externalisiert und in den Interaktionspartner projiziert. Im Gegensatz zur bloßen Projektion identifiziere sich der Interaktionspartner mit den projizierten Anteilen. Er nehme die dissoziierten und externalisierten Gefühle der Borderline-Persönlichkeit als seine eigenen wahr und handele entsprechend. Der Interaktionspartner diene dem Borderliner sozusagen als Aufbewahrungsort für seine derzeit nicht akzeptablen oder auch schutzbedürftigen Selbstanteile, die er dann mittels omnipotenter Kontrolle innerhalb der Interaktion immer noch in gewissem Umfang kontrollieren könne.

Primitive Idealisierung und Entwertung

Primitive Idealisierung und Entwertung bildeten zwei Seiten einer Medaille. Bei der primitiven Idealisierung würden dem Objekt nur gute Eigenschaften zugeschrieben, das Objekt werde idealisiert. Alle negativen, frustrierenden Eigenschaften und Verhaltensaspekte würden verleugnet. Im Gegensatz dazu stehe die Entwertung. Hier sei das Objekt nur schlecht und werde als wertlos und unzureichend wahrgenommen. Beide Mechanismen könnten alternierend bei ein und derselben Person zum Tragen kommen, je nachdem welche Objektbeziehungseinheit in der jeweiligen Interaktion aktiviert sei.

Das Fortbestehen der primitiven Abwehrmechanismen schwäche das ICH durch die Aufspaltung in widersprüchliche, unverbunden nebeneinander bestehende ICH-Zustände und behindere eine Weiterentwicklung der ICH-Funktionen⁵. Eine flexible Anpassung der

Borderline-Persönlichkeit an sich verändernde reale Interaktionssituationen sei durch die Notwendigkeit des Beharrens auf rigiden, widersprüchlichen Selbst- und Objektbildern nicht möglich.

1.6. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Innerhalb der Borderline-Organisation beschreibt Kernberg die Borderline-Persönlichkeitsstörung gemeinsam mit der schizoiden Persönlichkeitsstörung als „einfachste Form“ einer Persönlichkeitsstörung auf Borderline-Niveau mit der „reinsten Ausprägung der allgemeinen Charakteristika der Borderline-Persönlichkeitsorganisation“ (Kernberg, 2000, S. 53). Im Gegensatz zur schizoiden Persönlichkeitsstörung, die durch sozialen Rückzug und eine Pathologie der Phantasiewelt gekennzeichnet sei, äußere sich die Pathologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung insbesondere in impulsiven Handlungen. Kernberg schreibt, dass „das innerpsychische Erleben der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in seinen zwischenmenschlichen Beziehungsmustern ausagiert (wird), wobei oftmals jedes Selbstbewußtsein durch triebhafte, immer wiederkehrende Verhaltensmuster ersetzt wird“. Darin äußere sich „die typische Trias von Identitätsdiffusion, primitiver Affekt-äußerung (Affektstürme) und fehlender Impulskontrolle“ (Kernberg, 2000, S.53). Als möglichen ursächlichen Unterschied für die Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gegenüber einer schizoiden Persönlichkeitsstörung benennt Kernberg die Unterschiede im Temperament bezüglich der Achse Extraversion-Introversion.

Kernberg beschreibt Wut als Basisaffekt der Borderline-Persönlichkeit. Wut führe zu Hass und Neid, als chronischen, stabilen, im Charakter verankerten aggressiven Affekten, deren Ziel in der Zerstörung des gehassten Objekts bestehe, in der Annahme, dass dessen Zerstörung vom Neid auf die guten Eigenschaften des Objekts befreie. Ein untergeordnetes Ziel bestehe darin, das gehasste Objekt abhängig zu machen und somit sadistische Kontrolle und Dominanz über das Objekt als Voraussetzung für eigene Autonomie und Freiheit zu erlangen. Das Vorherrschen negativer Affekte bei Borderline-Patienten, der vorhandene psychische Schmerz und die Intoleranz gegenüber den mit diesen Gefühlen verbundenen Erfahrungen führe dazu, dass korrespondierende Konflikte Somatisierungen und Acting-out bedingten. Die Aktivierung von Wut führe bei Borderline-Patienten zu Impulsdurchbrüchen, die sich oft in selbstverletzendem oder suizidalem

Verhalten äußerten oder in der Beziehung ausagiert würden. Beim selbstverletzenden Verhalten, getriggert durch wutauslösende, als verletzend erlebte Situationen, komme es zu einer Identifizierung mit dem Verletzer und der Projektion des Opferanteils auf den eigenen, als fremd erlebten Körper. Durch das schnelle Ausagieren des Konfliktes trete eine sofortige Linderung des als bedrohlich erlebten Zustandes ein. Die entscheidende Aufgabe in der Therapie von Borderline-Patienten bestehe nach Kernberg deshalb in der Überführung unbewußter psychischer Konflikte, die mit diesen primitiven internalisierten, aggressiv aufgeladenen Objektbeziehungen befasst sind und durch Somatisierung und Ausagieren zum Ausdruck kommen, in bewußte psychische Erfahrungen (Kernberg, 1993).

1.7. Das Selbstkonzept und die Entwicklung eines pathologischen Selbst innerhalb einer Borderline-Störung

An dieser Stelle soll der Begriff des Selbst(konzepts)^{vi}, so wie er von Kernberg innerhalb seiner Objektbeziehungstheorie definiert wird, ausführlicher dargestellt, sowie die pathologische Entwicklung des Selbst bei der Borderline-Störung beschrieben werden.

Kernberg definiert das Selbst(konzept) als „eine intrapsychische Struktur, die sich aus mannigfachen Selbstrepräsentanzen mitsamt den damit verbundenen Affektdispositionen konstituiert. Selbstrepräsentanzen sind affektiv-kognitive Strukturen, die die Selbstwahrnehmung einer Person in ihren realen Interaktionen mit bedeutsamen Bezugspersonen und in phantasierten Interaktionen mit inneren Repräsentanzen dieser anderen Personen, den sogenannten Objektrepräsentanzen, widerspiegeln.“ (Kernberg, 1996, S.358). Das normale Selbst ist für Kernberg immer ein integriertes Selbst, in dem sowohl libidinös besetzte als auch aggressiv besetzte Selbstbilder enthalten sind, die jedoch unter der Vorherrschaft libidinös besetzter Selbstrepräsentanzen dynamisch zu einem Ganzen organisiert seien. Das Selbst stehe in Beziehung zu integrierten Objektrepräsentanzen, innerhalb derer sowohl die primitiven *guten* als auch *bösen* Teilobjektrepräsentanzen in vertiefte integrale Vorstellungsmodelle von anderen Personen

eingegangen seien. Nach erfolgreichem Abschluss des Integrationsprozesses und der Ausbildung sowohl des Selbstkonzepts als auch der Objektkonzepte erfolge eine fortwährende Bestätigung und Modifizierung dieser Konzepte durch ständig wiederkehrende reale zwischenmenschliche Beziehungen.

Kernberg geht davon aus, dass ein integriertes Selbst in Verbindung mit integrierten Konzepten von anderen Personen normalerweise ein Gefühl der Kontinuität gewährleiste, das über die Zeit hinweg und unter verschiedensten Lebensumständen stabil bleibe. Eine solcherart integrierte *Repräsentanzenwelt* sei die Grundlage des Gefühls, in ein umfassendes Netz menschlicher Beziehungen eingebunden zu sein, das dem Leben des Einzelnen Sinn vermittele. Das gewöhnliche Selbstgefühl, das üblicherweise für selbstverständlich genommen werde und das normalerweise nur unter extremsten, außergewöhnlichen psychosozialen Traumata, etwa in lebensbedrohlichen Situationen, erschüttert werden könne, beruhe darauf.

Kernberg schließt sich der Meinung von Jacobson (1964) an, die darauf hingewiesen hat, dass dieses Selbstgefühl, das auf dem Bewußtsein eines integrierten Selbst beruhe, vom sogenannten Selbstwertgefühl bzw. der Selbstachtung unterschieden werden müsse, dessen Grundlage die jeweilige libidinöse Besetzung dieses integrierten Selbst bilde (Kernberg, 1996).

Das Selbst, als auch die Objektrepräsentanzen seien Bestandteil des ICH, das daneben noch andere Strukturelemente enthalte, wie Ideal-Selbst- und Ideal-Objekt-Vorstellungen sowie verschiedenen integrierte, depersonifizierte und abstrakte Wertvorstellungen (Über-ICH).

Weiterhin geht Kernberg davon aus, dass das Selbst eine Doppelnatur besitzt, die als Zusammenschluss zweier Selbstrepräsentanz-Funktionen verstanden werden könne, wobei die eine die Ausdifferenzierung des Selbst zum Ziel habe, die andere der Selbst-Wahrnehmung und Reflexion diene und aus der Identifizierung mit der beobachtenden und besorgten Mutter aus der Mutter-Kind-Dyade herrühre (Kernberg, 1998).

Im Gegensatz zum normalen Selbst ist das Selbst einer Borderline-Persönlichkeit nach Kernberg kein integriertes Selbst. Durch die extreme Ausprägung aggressiv-bestimmter Selbst- und Objektbilder einerseits und überidealisiert total guter Selbst- und Objektbilder andererseits sei eine Integration dieser beiden widersprüchlichen Repräsentanzenreihen unmöglich. Kernberg vertritt die Meinung, dass „jeder Versuch, die

extrem entgegengesetzten - liebevollen und hasserfüllten - Selbstbilder und Objektvorstellungen einander anzunähern, sofort unerträgliche Angst und Schuldgefühle aus(löse), weil dadurch die guten inneren und äußeren Objektbeziehungen bedroht werden; die so extrem gegensätzlichen Selbst- und Objektimages müssen daher aus Abwehrgründen aktiv voneinander getrennt gehalten werden.“ (Kernberg, 1996, S. 193).

Als Schutz vor unerträglichen Konflikten zwischen Liebe und Hass wird die Integration des Selbst geopfert. Kernberg schreibt, dass ein Kind, das klinisch betrachtet auf dem Wege sei, eine Borderline-Störung zu entwickeln, immer nur von einem Moment zum nächsten lebe: „Es muss fortwährend die Zusammenhänge zwischen den einzelnen emotionalen Erfahrungen mit den bedeutsamen Personen seiner Umwelt aktiv zerstückeln, weil sein Beziehungserleben sonst allzu chaotisch widersprüchlich, zutiefst frustrierend und erschreckend zu werden drohte.“ (Kernberg, 1996, S.193).

Da die Borderline-Persönlichkeit nicht in der Lage sei, ein integriertes Selbstkonzept zu entwickeln, „kommt es zu einer dauernden übermäßigen Abhängigkeit von äußerer Objekten, mit deren Hilfe wenigstens eine gewisse Kontinuität im Handeln, Denken und Fühlen zu erreichen versucht wird.“ (Kernberg, 1996, S.192). Darüber hinaus entwickle die Borderline-Persönlichkeit als Ausdruck der widersprüchlichen Selbst- und Objektrepräsentanzen widersprüchliche Charakterzüge, die ihrerseits zum bestehenden Chaos in den zwischenmenschlichen Beziehungen beitragen.

Das Fehlen eines integrierten Selbstkonzepts zeige sich klinisch in widersprüchlichen, voneinander dissoziierten oder abgespaltenen ICH-Zuständen, die einander abwechselten, ohne je integriert zu werden. Das Individuum könne sich zwar an sein konträres Selbsterleben erinnern, sei jedoch nicht in der Lage, diese konträren Erfahrungen des Selbst miteinander in Einklang zu bringen. Die fehlende Integration des Selbst zeige sich auch in chronischen Gefühlen von Unwirklichkeit, Verwirrung, Leere oder allgemeinen Störungen des Selbstgefühls, als auch in einer ausgeprägten Unfähigkeit, sich selbst realistisch als ganze Person wahrzunehmen. Da ein mangelhaft integriertes Selbst in der Regel auch mit einer mangelhaften Integration der Objekte verbunden sei, erschienen diese als oberflächliche Zerrbilder nur *guter* oder nur *böser* Objekte. Die Borderline-Persönlichkeit besitze keine oder nur minimale Fähigkeiten zur Einfühlung oder zur realistischen Beurteilung anderer Menschen. Ihr Verhalten würde weit mehr durch

unmittelbare Eindrücke gesteuert als durch ein konsistentes und dauerhaft verinnerlichtes Modell von anderen Personen, wie es im Normalfall dem Selbst zur Verfügung stehe.

An verschiedenen Stellen, insbesondere auch bezogen auf die Notwendigkeit der Herstellung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses, betont Kernberg wiederholt die immense Wichtigkeit der Stärkung der Selbstreflexion des Patienten und führt aus, dass dem Borderline-Patienten ein beobachtender ICH-Anteil fehle, im Sinne der Selbstreflexion des eigenen Erlebens durch den Patienten. Ausgehend von einer unspezifischen ICH-Schwäche (mangelhafte Angsttoleranz, mangelhafte Impulskontrolle, mangelhafte Sublimierung) sei es dem Patient auch probeweise kaum möglich, eine Dissoziation des ICH in einen erlebenden und einen beobachtenden Anteil vorzunehmen. Das Fehlen des beobachtenden ICH-Anteils beschreibt Kernberg als Folge des projektiv-introjektiven Kreisprozesses^{vii} und dem damit verbundenen Verlust der ICH-Grenzen und der Realitätsprüfung insbesondere innerhalb der therapeutischer Situation.

Der Kleinianische Ansatz in Großbritannien

Der in der Tradition von Melanie Klein stehende Ansatz britischer Psychoanalytiker unterscheidet sich in einigen wesentlichen Punkten von Kernbergs Objektbeziehungstheorie. Die Interessantesten seien hier kurz dargestellt.

3. Das Konzept der Borderline-Mutter von Masterson und Rinsley

Masterson und Rinsley (1975) beschäftigen sich in ihrer Arbeit eingehend mit der Rolle der Mutter bei der Entstehung einer Borderline-Struktur und weisen darauf hin, dass der wichtige Aspekt des mütterlichen Einflusses auf die Entwicklung von Borderline-Störungen in allen anderen Konzepten ungenügende Beachtung erfuhr. Auch Kernberg, der in seiner Theorie insbesondere den konstitutionellen Faktor exzessiver Aggression favorisiere bzw. ganz allgemein von sehr frühen Frustrationen spreche, vernachlässige die Rolle der Mutter bei der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Demgegenüber

verweisen Masterson und Rinsley mit Nachdruck auf die nicht zu unterschätzende Bedeutung der Mutter für die kindliche Entwicklung. Die Mutter als primäres soziales Objekt vermittele dem Kind die physische Umwelt. Sie bilde die wichtigste Quelle für die aus der Umwelt kommende Stimulation und übernehme eine wichtige Rolle bei der erfahrungsabhängigen Reifung der in Entwicklung befindlichen neurobiologischen Strukturen des Kindes. Masterson verweist auf neueste Forschungsergebnisse auf den Gebieten Neurobiologie und –chemie, die darauf hinwiesen, dass die neurobiologischen Entwicklungsprozesse des kindlichen Hirns angewiesen sind auf sequentiell ablaufende Interaktionen zwischen Mutter und Kind, die von beiden Interaktionspartnern gleichermaßen gesteuert würden^{viii}. Eine besondere Bedeutung innerhalb dieses hocheffizienten Systems emotionaler Kommunikation komme dabei den Affekten zu (Masterson, 2003).

Masterson (2003) geht davon aus, dass pathologisches Verhalten der Mutter zur Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung des Kindes führe. Je nachdem um welchen Typ Mutter es sich handele, die Borderline-Mutter, die narzisstische Mutter, die schizoide oder die psychopathische Mutter, werde die Herausbildung einer spezifischen Störung beim Kind begünstigt, die immer mit dem Verlust eines Teiles des kindlichen Selbst einhergehe. Die Folgen davon seien Verlassenheitsdepression und Stillstand in der Entwicklung des Selbst, des ICH und der Objektbeziehungseinheit. Unter Verlassenheitsdepression verstehen Masterson und Rinsley einen Komplex unterschiedlicher Affekte, zu denen mörderische Wut, panische Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, innere Leere und ein Gefühl des Mangels gehörten.

Die tragische Rolle der Mutter bei der Herausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bestehe darin, dass sie die Individuation des Kindes auf Grund ihrer eigenen pathologischen Persönlichkeitsorganisation nicht ertragen könne. Autonomiebestrebungen des Kindes führten zu dessen Ablehnung und mütterlichem Rückzug. Regressives und anklammerndes Verhalten des Kindes dagegen stabilisiere die Mutter und schütze sie vor eigenen Separations- und Individuationsängsten und werde durch Zuwendung und liebevolle Bemutterung von seiten der Mutter belohnt. Die Borderline-Mutter sei, auf Grund ihrer eigenen Borderline-Struktur, nicht in der Lage, „die einzigartigen Aspekte des sich entfaltenden Selbst zu erkennen und diesen Entwicklungsprozess emotional zu nähren und zu stützen.“ (Masterson, 2003, S. 65). Regressives, anklammerndes Verhalten des

Kindes bestätige die Projektionen der Mutter und mildere ihre Ängste. „Die Mutter depersonifiziert das Kind, kann zu diesem Kind in seiner Besonderheit keine Beziehung aufbauen; sie hat die Tendenz, das Bild eines Menschen aus ihrer eigenen Vergangenheit auf das Kind zu projizieren, und behandelt es so, als wäre es dieser Mensch. Die Bedürfnisse des kindlichen wahren Selbst nach Anerkennung bleiben unerkannt. Die Mutter ist unfähig, auf die sich entfaltende Individualität einzugehen, und so lernt das Kind schon früh, sich über sein eigenes Potential hinwegzusetzen, um die emotionale Versorgung durch die Mutter nicht zu gefährden.“ (Masterson, 2003, S.65). Diese zwei, miteinander unvereinbaren Seiten der Interaktion würden internalisiert und führten zur Spaltung der Objektbeziehungseinheiten in eine „belohnende oder libidinöse Objektbeziehungsteileinheit“ und eine „sich entziehende oder aggressive Objektbeziehungseinheit“, jeweils mit den dazugehörigen Teil-Selbst- und Teil-Objekt-repräsentanzen sowie dem dazugehörigen Affekt. Beide Teilobjektbeziehungseinheiten, die an die *nur guten* und *nur schlechten* Selbst- und Objektrepräsentanzen von Kernberg erinnern, würden auch hier durch den Mechanismus der Spaltung voneinander getrennt. Auch hier blieben sie im Bewußtsein, hätten aber keinerlei Einfluss auf emotionale Befindlichkeiten sowie Verhalten.

Die *belohnende oder libidinöse Objektbeziehungsteileinheit* sei verbunden mit dem Gefühl, sich aufgehoben und geliebt zu fühlen und emotional genährt zu werden. Die *sich entziehende oder aggressive Objektbeziehungseinheit* sei im Gegensatz dadurch geprägt, sich schlecht, untauglich, abstoßend und verantwortlich für den Rückzug der wichtigsten Bezugsperson zu fühlen. Beide Einheiten würden im späteren Leben immer wieder aktiviert, insbesondere wenn es um Eigeninitiative und Autonomie in Beziehungen gehe.

Das Kind habe die Wahl: entweder seine Bestrebungen nach Autonomie und Selbstbestimmung fortzusetzen und sich einsam und verlassen zu fühlen oder einen Teil seines Selbst für die Mutter aufzugeben. „...es ist nicht nur die Angst des Kindes vor drohendem Liebesentzug ..., die es zur Umkehr bewegt, sondern dass es, ebenso wichtig, die Angst der Mutter selber ist, die das Kind nicht erträgt. Eine ängstliche, eine gestörte oder gar eine kranke Mutter kann das Kind nicht aushalten.“ (Kind, 2000, S.36).

Masterson sieht in der Borderline-Störung einen Entwicklungsstillstand in der

Selbstwahrnehmung, welcher einen Stillstand in der ICH-Entwicklung und der Entwicklung von Objektbeziehungen nach sich ziehe. Er spricht von einer Triade der Störung des Selbst: Eigeninitiative führe zu Trennungsangst und Verlassenheitsdepression, diese wiederum führe zur Abwehr. Das *wahre Selbst*, als Gesamtheit der intrapsychischen Selbstrepräsentanzen, habe die Funktion, Eigeninitiative zu erzeugen und das Selbstwertgefühl aufrechtzuerhalten; Fähigkeiten, die den Borderline-Persönlichkeiten nur in begrenztem Maße zur Verfügung stünden. Das *wahre Selbst* sei kreativ, impulsiv, spontan, bindungsfähig, autonom; es fühle sich lebendig an. Im Mittelpunkt des *falschen Selbst* stehe die Abwehr, Abwehr der zur Verlassenheitsdepression gehörenden, kaum aushaltbaren Gefühle von Leere, Einsamkeit und Depression oder Abwehr der Erkenntnis der Aufgabe aller Bemühungen um Eigeninitiative und Selbständigkeit und des Festhaltens an Abhängigkeit und Unselbständigkeit.

4. Traumaätiologie der Borderline-Störung

An dieser Stelle soll es weniger um die Darstellung der in den letzten Jahren durchgeführten, zahlreichen empirischen Untersuchungen zur Bedeutung traumatischer Erlebnisse für die Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gehen, als um die Darstellung psychodynamisch orientierter theoretischer Überlegungen zu diesem Thema. Es gilt derzeit als gesichert, dass Kindheitstraumatisierungen, dazu zählen sexueller Missbrauch und Misshandlung, einen bedeutenden Anteil an der Entstehung von Borderline-Störungen haben, jedoch nicht als alleiniger auslösender Faktor anzusehen sind. Vielmehr sei davon auszugehen, dass der Borderline-Störung eine mehrdimensionale Ätiologie zugrunde liege. Trotzdem vertreten einige Theoretiker und Therapeuten die Ansicht, die Borderline-Persönlichkeitsstörung als chronifizierte, komplexe Posttraumatische Belastungsstörung anzusehen und auch dementsprechend zu behandeln (vgl. Dulz & Jensen, 2000; Paris, 2000). Kernberg selbst vertritt den Standpunkt, dass die Befunde zur Traumaätiologie durchaus in das Theoriengebäude seiner Objektbeziehungstheorie zu integrieren seien; die für die Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation maßgeblichen Abwehrmechanismen der Spaltung spielten auch bei Traumatisierungen eine herausragende Rolle, es komme zur Aufspaltung

der Selbst- und Objektrepräsentanzen und somit zur Herausbildung der typischen Borderline-Struktur (Kernberg, 2000).

Sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung in der Familie gehörten neben Vernachlässigung, traumatischer Trennung und Verlusten zu den frühkindlichen Erfahrungen, die eine normale psychische Entwicklung des Kindes massiv beeinträchtigten. Um diese realtraumatischen Erfahrungen zu überleben, müssten komplexe Abwehrmechanismen in Gang gesetzt werden. Extreme Gefühle wie Angst, Wut, Haß müssten verleugnet werden, Teile des Körperselbst sowie des integrierten Gesamtselfst würden dissoziiert; die Gewalterfahrung werde internalisiert (Hirsch, 2000).

Die Vorgänge, die bei Traumatisierungen eine Rolle spielen, wurden bereits von Ferenczi (1933, 1982) eingehend untersucht und sollen im Folgenden dargestellt werden.

Psychisches Trauma bestehe in einer Grenzverletzung. Das ICH werde von Reizen überflutet; massive Abwehrvorgänge seien notwendig, um das ICH vor Desintegration zu bewahren. Ferenczi bezieht sich hier auf Freud und beschreibt die Introjektion als zentralen Abwehrvorgang zur Bewältigung des Traumas. Die extreme Angst des Opfers zum Zeitpunkt der Tat bringe das Opfer dazu, sich mit dem Täter zu identifizieren und sich dem Willen des Täters vollkommen unterzuordnen. Das Kind werde Opfer der Tat eines Erwachsenen, zu dem es eine enge Beziehung unterhalte, deren Bestand für das Kind lebensnotwendig sei. Diese besondere Beziehung werde jedoch von seiten des Täters aufgekündigt; er hinterlasse das Opfer in Verwirrung. Ferenczi bezieht sich auf drei Arten von Traumatisierungen: sexueller Missbrauch, Anwendung physischer Gewalt und den „Terrorismus des Leidens“, den Kinder psychisch kranker Eltern erlitten.

Die Internalisierung der Gewalt des Täters sei notwendig, um in der Realität weiterhin ein gutes Objekt zur Verfügung zu haben, da die Aufrechterhaltung der Beziehung zu dem Erwachsenen-Täter für das Kind lebensnotwendig sei. Das Kind sei nicht in der Lage, sich gegen das Geschehen zur Wehr zu setzen. Einerseits auf Grund der massiven Gewalt, die der Täter anwende, der extremen Angst, die das Opfer verspüre sowie der engen Beziehung des Kindes zum Täter. Durch die Internalisierung des Täters übernehme das Kind die Schuldgefühle des Erwachsenen bezüglich der Tat, was mit einem Freispruch des Täters durch das Opfer gleichzusetzen sei. Das Kind fühle sich allein verantwortlich für das, was geschehen sei. Der Täter könne in den Augen des Kindes in der Rolle des

dringend gebrauchten, guten und liebevollen Elternteils verbleiben. Das traumatische Introjekt, das im kindlichen Selbst errichtet werde, richte sich jetzt von innen gegen das Kind und wirke "wie ein archaisch-feindliches Über-Ich: Selbstwert erniedrigend und Schuldgefühle verursachend. Wie ein fremder Steuermechanismus führt dies zu selbstdestruktiven und im Wiederholungszwang immer wieder aufgesuchten Situationen ..., die dem ursprünglichen Trauma entsprechen." (Hirsch, 2000, S.538).

Drei Komponenten kommen zusammen: körperliche Grenzüberschreitung, Verrat an der liebevollen Eltern-Kind-Beziehung durch den Erwachsenen sowie Verwirrung über den Charakter des Geschehens, da das Kind nicht in der Lage sei, elterliche Liebe und sexuelle Gewaltanwendung miteinander zu vereinbaren. Das Kind komme in die Position, sich für das Geschehen verantwortlich zu fühlen und auch entsprechend zu agieren. Die Sexualisierung des Opfers würde vom Täter gefordert, und genau dafür würde es bestraft und entwertet.

Körperliche Misshandlung gilt neben sexuellem Missbrauch als möglicher Auslöser einer Borderline-Störung. Auch hier geht es wieder um Grenzverletzung, diesmal in Form körperlicher Strafen, um Verrat an der Beziehung und Verwirrung über die Ursache der Bestrafung, da das Kind durchaus erahne, dass die Strafe nicht nur für sein Vergehen verhängt werde, sondern noch andere Ursachen habe: Aggressionen, die eigentlich gegen andere Personen gerichtet seien, sadistische Neigungen und Machtansprüche sowie rigide Moralvorstellungen. „... das Kind wird im Unklaren gelassen, welches der wahre Charakter der Aggression ist und wo die Ursache liegt bzw. wer denn wirklich die Verantwortung trägt.“(Hirsch, 2000, S.539).

Identifikation mit dem Aggressor und Introjektion der Schuld des Aggressors durch das Opfer seien die wichtigsten Vorgänge im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen, sei es sexueller Missbrauch, Misshandlung oder Folter. Hirsch erweitert diese Aussage Ferenczis um den Zusatz der „Implantation durch den Täter“, welche vor dem „in-sich-Aufnehmen“ der Gewalt durch das Opfer stehe und die aktiv von außen durchgeführte Überschreitung der Grenzen von ICH und Selbst charakterisiere. Das Kind, das zum einen die Täter-, aber auch die Opferrolle internalisiere, werde dadurch sowohl zum Opfer als auch zum Täter, zum Täter am eigenen Selbst, am eigenen Körper durch Akte der

Selbstverletzung oder, durch Projektion des Opfer-Selbstanteils auf Andere, zum Täter gegenüber Schwächeren, oftmals den eigenen Kindern.

Kernberg spricht in diesem Zusammenhang von der Internalisierung der Beziehung zwischen Selbst und Objekt, was zu einer potentiellen Identifikation sowohl mit dem Opfer als auch dem Täter führe. Den Terminus der Identifikation mit dem Aggressor bezeichnet er als spezifisches Moment innerhalb des gesamten Internalisierungsprozesses. Durch die gleichzeitige Identifikation sowohl mit dem Opfer als auch dem Täter komme es später zu einem chaotischen Alternieren zwischen beiden Beziehungsarten (Kernberg, 2000).

Um den Teufelskreis des Wiederholungszwanges zu stoppen, sowie dem extrem selbstschädigenden Verhalten ein Ende zu setzen, sei es notwendig, „das introjizierte, fremdkörperartige traumatische Geschehen zu externalisieren und es mitsamt den verleugneten, dissoziierten Affekten in die Übertragungsbeziehung zu bringen bzw. projektiv externalisierte Selbst- und Objektanteile zu integrieren.“ (Hirsch, 2000, S. 543). Innerhalb einer therapeutischen Behandlung bestehe an einem Punkt die Notwendigkeit, den Patienten darauf hinzuweisen, dass das traumatische Introjekt Teil seines eigenen Selbst geworden sei. Es erscheine notwendig, dem Patienten aufzuzeigen, dass das selbstschädigende oder aggressiv nach außen gerichtete Verhalten von ihm selbst ausgehe und er, der Patient die Verantwortung für sein Verhalten übernehmen müsse. Hirsch unterscheidet hier zwischen Introjektion der Gewalt und des Schuldgefühls des Täters durch das Opfer einerseits und der Identifikation des Opfers mit dem Introjekt. Ersteres stehe im Zusammenhang mit irrationaler Schuld, einer Schuld, die das Opfer nicht selbst zu tragen habe. Die Identifikation mit dem Introjekt hingegen habe etwas zu tun mit realer Schuld und realistischem Schuldbewußtsein, habe sich doch das Opfer, wenn auch erzwungenermaßen und unter extremsten Bedingungen, zum Handlanger des Täters gemacht und sei selbst Täter geworden. Die Bearbeitung dieser Anteile rufe beim Patienten große Scham hervor, Scham darüber, selbst schuldig geworden zu sein, schuldig an sich selbst und Anderen.

Im Zusammenhang mit der Entstehung einer Borderline-Störung als Folge von Realtraumata sei es notwendig, darauf hinzuweisen, dass eine solche schwere Persönlichkeitsstörung nur entstehe, wenn bereits eine prätraumatische Persönlichkeit

vorliege. Die weitaus meisten Personen, die ein Trauma erfahren haben, bildeten keine Persönlichkeitsstörung aus, sondern seien in der Lage, das Trauma zu verarbeiten. Hirsch (1987,1994) spricht davon, dass das Trauma auf ein früh emotional depriviertes Kind treffe, das bereits Trennungsangst erlitten habe, aggressiv sei und sich oftmals auf Grund seiner bloßen Existenz schuldig fühle. Dulz (2000) verweist in diesem Zusammenhang auf das Vorherrschen eines bestimmten Familienklimas, das oftmals gekennzeichnet sei durch chaotische Familienverhältnisse sowie soziale und finanzielle Notlagen.

5. Unfähigkeit zur Symbolisierung , interpersonelle Dimension und Repräsentation von Gedächtnisinhalten

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Beschreibung von Borderline-Persönlichkeiten besteht in deren mangelnder Fähigkeit zur Symbolisierung. Gemeint ist damit, dass Borderline-Persönlichkeiten kaum in der Lage sind, Konflikte sprachlich zu artikulieren und in einem psychischen Binnenraum, wie auf einer inneren Bühne zu inszenieren und mögliche Lösungsmöglichkeiten in Form eines Probehandelns gegeneinander abzuwägen (Rudolf, 2002). Die Ursache dafür liege darin begründet, dass den Konflikten keine symbolisierten, d.h. sprachfähigen, verdrängten Erfahrungen zugrunde lägen und dass die frühen traumatischen Erfahrungen von Misshandlung, Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung nicht durch sprachliche Symbole repräsentiert seien. „Es sind Erfahrungen, die gleichsam dem Körper eingeschrieben sind als Teil eines sensorischen, interaktiven Gedächtnisses. Sie können nicht sprachlich ausgedrückt und zum Gegenstand symbolisch-selbstreflexiver Betrachtung gemacht werden.“ (Streeck, 2000, S.101). Sie seien zwar (abgespaltene) Teile des Selbst, könnten aber nicht Gegenstand der Reflexion werden. Vielmehr würden sie im interpersonellen Kontext zum Ausdruck gebracht und als interaktives Verhalten aktualisiert. Den Aussagen der Interpersonellen Theorie folgend besteht jeder interpersonelle Akt darin, dem Gegenüber Reaktionen zu entlocken, die das Selbst des Akteurs bestätigen, bekräftigen und verstärken sollen. Jeder interpersonelle Akt repräsentiere einen Versuch der Herstellung einer emotionalen Beziehung zu sich selbst und zu dem Anderen, sowie der Herstellung einer sozialen Beziehung (Kiesler, 1996). Sullivan (1953) beschreibt interpersonelles Verhalten als einen reziproken Prozess, der gefühlsmäßig determiniert sei. Borderline-Persönlichkeiten verhalten sich so, dass „die Erfahrung einer vergangenen

interpersonellen Handlungsfolge von beiden Beteiligten wieder in Szene gesetzt wird.“ (Streek, 2000, S.101).

Fonagy et al. (2003) sprechen in diesem Zusammenhang von einer mangelhaften Ausbildung der Fähigkeit zur Mentalisierung (*mentalization*). Ausgangspunkt ihrer Überlegungen ist die Annahme, dass die Herausbildung des Selbst kein automatisch ablaufender Prozess sei, sondern Resultat einer Entwicklung, die an bestimmte Voraussetzungen gebunden ist. Diese Voraussetzungen sind bei Fonagy durch eine sichere Bindung gegeben. Er unterstreicht die Bedeutsamkeit einer solchen Bindung insbesondere im Hinblick auf die Entwicklung der mentalen Fähigkeiten zum Verständnis der eigenen Innenwelt, sowie der Innenwelt der Anderen. Er spannt dabei den Bogen zur in den letzten Jahren viel diskutierten *theory of mind*. Der von ihm verwendete Begriff *mentalization* beschreibt die Entwicklung der Fähigkeit, psychische Zustände mental zu repräsentieren. Die Ausbildung dieser Fähigkeit stellt für ihn eine entscheidende Voraussetzung für eine bessere Verarbeitung möglicher späterer Traumata dar. Diese Funktion sei bei der Borderline-Persönlichkeit nur mangelhaft entwickelt.

In diesem Zusammenhang scheint es interessant, sich zu verdeutlichen, dass es nach Squire & Kandel (1999) zwei Arten von Gedächtnis gibt, in denen Informationen unterschiedlich gespeichert und abrufbar sind. Das deklarative Gedächtnis speichert Erfahrungen, die explizit aktualisiert und wiedergegeben werden können und der Selbstreflexion zugänglich sind. Das deklarative Gedächtnis ist eng gekoppelt an Sprache und räumlich-zeitliches Wahrnehmungsvermögen.

Das nichtdeklarative Gedächtnis, welches in den oben skizzierten Ausführungen eine entscheidende Rolle zu spielen scheint, enthält Erfahrungen, die implizit unser Verhalten steuern, einer Reflexion und Symbolisierung jedoch nicht zugänglich sind. Dazu gehören Priming-Effekte, klassisches und operantes Konditionieren sowie Habituations- und Sensitivierungsprozesse, z.B. bei Stressreaktionen sowie Handlungs-, Denk- und Wahrnehmungsroutinen. Bucci (1997) benennt in ihrer *multiple code theory* verschiedene Speichermechanismen für affektbezogenes Erfahrungswissen in unterschiedlichen Repräsentationsmodi. Sie unterscheidet einen subsymbolischen, einen nonverbal symbolischen und einen verbal symbolischen Repräsentationsmodus. Archaische, visceral-kinästhetische Erfahrungsschemata sind subsymbolisch repräsentiert, zumeist im nondeklarativen Gedächtnis gespeichert und damit nicht unmittelbar reflektierbar, können jedoch Erleben und Verhalten nachhaltig beeinflussen. Im

nonverbal-symbolischen Modus sind bildhafte Erinnerungen durch diskrete Bilder repräsentiert, visuelle und akustische Vorstellungen sind vorherrschend und können Affektdispositionen aktivieren. Der verbal-symbolische Modus ist durch sprachliche Verarbeitung gekennzeichnet, wodurch ein kontextunabhängiges, von Affekten ablösbares lexikalisches System von Erfahrung und Bedeutung entsteht (Resch, 2002).

6. Übertragungsgeschehen in der Therapie von Borderline-Patienten

In enger Verbindung mit den vorherrschenden Abwehrmechanismen der Borderline-Organisation, sowie dem Agieren von Konflikten in interpersonellen Situationen steht das Übertragungsgeschehen in der Therapie von Borderline-Patienten. Unter Gegenübertragung seien hier alle durch den Patienten im Therapeuten ausgelösten Reaktionen zu verstehen, die sowohl durch die Persönlichkeit des Patienten als auch die des Therapeuten determiniert sind. Der Therapeut, der im Laufe der Therapie zu einer wichtigen Bezugsperson des Patienten wird, erlebe in der Therapie die Beziehungsgestaltung des Patienten zu bedeutsamen Anderen. Er werde innerhalb der Therapie zu einem Übertragungsobjekt des Patienten. „ Die emotionale Reaktion des Therapeuten auf den Patienten entwickelt sich als Antwort auf den Affekt des Patienten, sein physisches Auftreten, sein Verhalten während der Stunden, seine Wünsche, seine Hoffnungen, Forderungen, seine Leiden, sein Narrativ, seine Selbstdarstellung und sein Verhalten dem Therapeuten gegenüber. Sie erlaubt einen Zugang zu Informationen, die der Patient über Kanäle vermittelt, welche die direkte verbale Kommunikation umgehen.“ (Koenigsberg, 2000, S. 88).

Auf Grund der mangelnden Kohärenz der ICH-Identität und der Aufspaltung von Selbst- und Objektbildern in verschiedene Teil-Selbst- und Objektrepräsentanzen, die verbunden sind mit extremen Affektdispositionen, könne das Übertragungsgeschehen in der Behandlung von Borderline-Patienten eine außergewöhnliche Intensität annehmen. Der Patient projiziere, mittels projektiver Identifizierung und omnipotenter Kontrolle, Selbstanteile, die er bei sich selbst nicht ertragen kann, auf den Therapeuten und bringe diesen dazu, diese Anteile bei sich wahrzunehmen und sich entsprechend zu verhalten. Der Therapeut erlebe dann extreme Gefühle in der Interaktion mit dem Patienten und es komme zu einem teilweise heftigen Interaktionsgeschehen. Weiterhin könne der Patient

den Therapeuten veranlassen, Gefühle in sich wahrzunehmen, die dem Objektbild einer jeweils beim Patienten aktualisierten Selbst-Objekt-Dyade gleichkämen. Die zuerst beschriebene Art der Gegenübertragung entspräche einer *konkordanten Gegenübertragung*, die zweite einer *komplementären Gegenübertragung*, wobei die konkordante Gegenübertragung bei Borderline-Patienten die weitaus häufigere Form darstelle, mit deren Hilfe der Borderline-Patient versuche, für ihn quälende und ängstigende Selbstanteile abzuwehren.

7. Kritische Bemerkungen und Ausblick

In einer vom New Yorker Psychoanalytic Institute durchgeführten, groß angelegten Längsschnittstudie kamen die Autoren in ihrer abschließenden Betrachtung zu dem Schluss, dass es sich beim Borderline-Syndrom um keine einheitliche Persönlichkeitsorganisation handele, sondern dass sich Störungen innerhalb aller kindlichen Entwicklungsphasen finden ließen und somit die Annahme einer frühkindlichen Entwicklungsstörung sowie einer einheitlichen diagnostischen Entität nicht zu halten sei. Sie hätten zwar eine starke Tendenz zur Spaltung in nur gute und nur böse Objekte festgestellt, seien aber gegenüber der Annahme skeptisch, die Ursachen für diese Ambivalenz in frühkindlichen Entwicklungsprozessen zu suchen. (Kind, 2000).

Die empirische Säuglingsforschung, insbesondere die Bindungsforschung (Bowlby, 1969,1973, Ainsworth 1969, Ainsworth et al. 1978), hat wichtige Grundannahmen der Kernbergschen Objektbeziehungstheorie, sowie psychodynamischer Erklärungsansätze allgemein in Frage gestellt. Weder läßt sich ein primär fusioniertes Stadium von Selbst und Objekt nachweisen, noch verfügt der Säugling über nur zwei primäre Erlebnisqualitäten. Vielmehr ist er von Geburt an mit einer Reihe angeborenen Affekte ausgestattet und präsentiert sich dem Betrachter als ein Wesen, das aktiv auf die Umwelt reagiert, von Beginn an bindungsfähig ist und diese auch aktiv anstrebt (Bretherton, 1987).

Eine weitere interessante Frage ist, warum Spaltung als aktiver Vorgang und nicht als alleiniges Resultat der um die Spaltung gruppierten Abwehrmechanismen betrachtet wird. Nehme man Spaltung als Ergebnis eines Prozesses, der vom ICH gesteuert und in dem das ICH eine Reihe bestens aufeinander abgestimmter Abwehrmechanismen koordiniere,

könne dieses ICH „ schwerlich noch als primitiv, unreif und defizitär“ (Kind, 2000) bezeichnet werden. Eine solche Annahme stelle das Borderline-Syndrom als nosologische Entität nicht in Frage, ließe aber einen breiteren Spielraum für die Frage nach der Ätiologie.

Ein weiteres Problem psychodynamischer Ansätze liegt in einem unscharfen und mitunter inflationärem Gebrauch bestimmter Termini, sowie der fehlenden empirischen Absicherung der theoretischen Konzepte. Die Arbeitsgruppe Struktur der OPD unternimmt deshalb den Versuch, psychoanalytische Konzepte der ICH-Psychologie, der Selbstpsychologie und der Objektbeziehungstheorie in einen konzeptuellen Rahmen zu integrieren und verhaltensnah zu operationalisieren. Im Ergebnis mehrjähriger Arbeit wurden sechs strukturelle Dimensionen herausgearbeitet, auf denen ein Funktionsniveau abgebildet wird und Störungen auf der Grundlage fehlender struktureller Fähigkeiten identifiziert werden können.

Diese sechs Dimensionen struktureller Funktionen sind:

- die Ebene der Selbstwahrnehmung,
- die Ebene der Selbststeuerung,
- die Ebene der Abwehr,
- die Ebene der Objektwahrnehmung,
- die Ebene der Kommunikation,
- die Ebene der Bindung.

Struktur wird dabei als eine für den Einzelnen typische Disposition des Erlebens und Verhaltens verstanden, die sich im interaktionellen Handeln manifestiere und die Gestaltung und Funktionsweisen des Selbst in den Beziehungen zu Anderen umfasse. Dabei werden insgesamt vier Integrationsstufen unterschieden, die von einer guten, über eine mäßige und geringe Integration bis zur Desintegriertheit reichen (Rudolf, 2002).

Untersuchungen zur Konstruktvalidierung der Strukturachse der OPD ergaben, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung sich am ehesten auf einem mäßig bis geringen Integrationsniveau abbilden lasse und sich korrelative Zusammenhänge zwischen allen sechs Ebenen der OPD und der Borderline-Störung nachweisen ließen^{ix} (Spitzer et al.,

2002).

IV. Empirische Studien zum Selbstkonzept bei BPS

Nachdem im vergangenen Kapitel eine Übersicht über psychoanalytische Konzeptionen zur Borderline-Persönlichkeitsstörung gegeben wurde, enthält dieses Kapitel eine Zusammenfassung der Studien, die im weitesten Sinne einen Bezug zum Thema Selbstkonzept bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Wie bereits eingangs geschildert, wurde dafür eine umfangreiche Datenbankrecherche durchgeführt. Obwohl die Anzahl der zum Thema Borderline-Störung veröffentlichten Artikel sehr, sehr groß ist, handelt es sich dabei zumeist um theoretische Abhandlungen, Therapieberichte u.ä. Die Anzahl empirischer Studien dagegen ist vergleichsweise gering. Um die Studien zum Thema Selbstkonzept und Borderline herauszufiltern, wurden als Schlüsselwörter die Begriffe *borderline* und *self*, *self-concept*, *self-esteem*, *self-structure* genutzt. Aus den dadurch erhaltenen Beiträgen wurden die Studien herausgesucht, bei denen es sich um empirische Untersuchungen handelt. Des Weiteren wurde in den Literaturverzeichnissen dieser Veröffentlichungen nach weiteren Studien gesucht. Insgesamt konnten nur wenige Artikel identifiziert werden, bei denen es sich um empirische Studien zum genannten Thema handelt. Ein erster Vergleich der Untersuchungen untereinander zeugt von einer großen Unterschiedlichkeit der durchgeführten Studien. Bis auf eine Ausnahme gibt es keine Bezüge zwischen den einzelnen Untersuchungen. Keine der Studien bezieht sich auf eine der anderen Untersuchungen. Auch liegen den einzelnen Studien verschiedene theoretische Auffassungen und Konstrukte zugrunde. Die meisten Autoren betonen außerdem, dass es sich um Pilotstudien handelt, die meist evaluativen Charakter besitzen, oft mit kleinen Stichproben durchgeführt wurden und daher nachfolgende Untersuchungen zur Replizierung der Ergebnisse unerlässlich seien.

Trotz des augenscheinlichen Mangels an empirischer Untermauerung vieler interessanter Konzepte oder vielleicht gerade deswegen, erscheint es notwendig, eine Übersicht und vergleichende Zusammenfassung der Ergebnisse aller bisher durchgeführten Studien vorzunehmen. Zum einen, um eine Übersicht über den derzeitigen Forschungsstand zum Thema Selbstkonzept bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu erhalten, zum anderen, um die Ergebnisse dieser Studien sowohl mit den theoretischen Aussagen psychoanalytisch orientierter Forscher als auch mit den Ergebnissen empirischer Selbstkonzept-Forschung zu vergleichen.

In diesem Kapitel soll eine zusammenfassende Darstellung der Studien erfolgen, wobei die einzelnen Studien detailliert vorgestellt und methodische Fragen erörtert werden. Weiterhin wird der Versuch unternommen, die Studien in einen breiteren konzeptuellen Rahmen zu stellen und mögliche Implikationen für weiterführende Forschung in diesem Bereich aufzuzeigen.

1. Struktur des Selbstkonzepts bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung

1.1. Theoretische Überlegungen zum Thema Selbstkonzeptstruktur

Kernberg vertritt in seiner Objektbeziehungstheorie die These, dass eine fehlende Integration extrem gegensätzlicher Repräsentationen sowohl des Selbst als auch der Objekte die grundsätzliche Ursache für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Borderline-Persönlichkeitsorganisation darstelle. Ist es möglich, diese Annahme Kernbergs in die Terminologie moderner empirischer Selbstkonzeptforschung zu übersetzen und welche theoretischen Grundannahmen ließen sich daraus ableiten? Greenwald et al. (2002) unternahmen den Versuch, eine *unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept* auszuarbeiten, die verschiedene kognitive sozialpsychologische Theorien als auch die Ergebnisse moderner empirischer Forschung in sich vereint. Auf der Grundlage moderner Netzwerkmetaphern beschreiben Greenwald et al. die Struktur sozialen Wissens, inklusive des Selbstwissens als ein assoziatives Netzwerk, in dem unterschiedliche Knoten (*nodes*) durch Assoziationsstränge (*associations*) verschiedener Stärke (*association strength*) miteinander verbunden sind. Die Knoten repräsentieren die Konzepte (*concepts*) des Selbst (Me), der sozialen Objekte sowie der dem Selbst und den Objekten zuordenbaren Attribute mit und ohne Valenz. Das Selbstkonzept der Persönlichkeit läßt sich somit auf Konstruktebene beschreiben als "an associative network containing all associations of the concept of self with attribute concepts describing one's personality" (Asendorpf et al., 2002, S.381). Das Selbstwertgefühl (*self-esteem*) wird demzufolge definiert als Verbindung (*association*) des Selbstkonzepts mit einem der Valenzattribute (Greenwald et al., 2002). In Anlehnung an Heiders Balance-Theorie und Festingers Theorie zur Kognitiven Dissonanz formulieren Greenwald et al. die Annahme, dass durch mögliche Verknüpfungen des Selbstkonzepts

und der Konzepte der sozialer Objekte mit bipolaren Knoten gegensätzlicher Valenz der Druck auf und die Spannungen innerhalb der Konzepte zunehmen, wodurch eine Differenzierung und Tendenz zur Aufspaltung der Konzepte in Subkonzepte auftritt. Das heißt, einzelne Konzepte, so auch das in dem assoziativen Netzwerk repräsentierte Selbstkonzept würden durch wiederholte Verstärkung von Verbindungen mit Knoten gegensätzlicher Valenz (z.B. positiv und negativ) in Subkonzepte aufgespalten. An diesem Punkt zeigt sich eine eindeutige Parallele zu den Ausführungen Kernbergs, der auch von einer Spaltung des Selbst in Selbst-Repräsentanzen mit gegensätzlicher Valenz spricht, wobei Kernberg jedoch davon ausgeht, dass bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation noch kein einheitliches Selbstkonzept vorgelegen habe, welches dann aufgespalten werden könne. Hier stellt sich die Frage nach der Pathologie des Vorgangs. Ist die von Greenwald et al. beschriebene Möglichkeit der Spaltung des Selbstkonzepts und der Konzepte der sozialen Objekte in Subkonzepte ein normaler Prozess, der Bestandteil der individuellen Erfahrung eines jeden Menschen sein kann und ist die vorherige Integration des Selbstkonzepts und der Konzepte der Objekte Voraussetzung für diesen nichtpathologischen Prozess? Und wäre es andererseits vorstellbar, dass eine, von Kernberg beschriebene, fehlende ursprüngliche Integration der Konzepte das Individuum prädestiniere für pathologische Spaltungsvorgänge und die Ausbildung einer Persönlichkeitsstörung? Die Beantwortung dieser Frage scheint bislang noch nicht möglich und umschreibt eines der vielen Felder zukünftiger Forschung auf dem Gebiet der Selbstkonzeptstruktur.

An dieser Stelle sollen jetzt zunächst die Studien besprochen werden, die der Frage der Selbstkonzeptstruktur bei Borderline-Patienten nachgehen. Zusätzlich zu diesen Untersuchungen, die sich explizit mit der Selbstkonzeptstruktur von Borderline-Patienten beschäftigen werden auch zwei Studien von Showers (1992) und Showers & Kevlyn (1999) vorgestellt, da deren Untersuchungen sich allgemein mit der Frage der Organisationsstruktur selbstbezogenen Wissens beschäftigen und interessante Perspektiven für weitergehende empirische Untersuchungen zum Thema Selbstkonzeptstruktur auch und insbesondere bei einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur aufzeigen.

1.2. Empirische Untersuchungen zur Struktur des Selbstkonzepts

In der 1995 durchgeführten Studie untersuchte Stein (Stein, 1995) den Zusammenhang zwischen Selbstkonzeptstruktur und Möglichkeiten zur Affektregulation. Konzeptionell stützt Stein sich einerseits auf Aussagen kognitiver Selbstkonzeptforschung, wonach das Selbstkonzept eine komplexe, multidimensionale Wissensstruktur darstelle, die stabile und überdauernde Vorstellungen, Glaubenssätze und Einstellungen zum Selbst beinhalte und Menschen sich sowohl durch die Anzahl der im Selbstkonzept enthaltenen Selbst-Schemata als auch den Grad der Vernetztheit derselben untereinander unterschieden (Markus & Wurf, 1987). Auf der anderen Seite bezieht sich Stein auf Überlegungen sowohl psychoanalytischer und als auch kognitiver Forschung über einen möglichen Zusammenhang zwischen Selbstkonzeptstruktur und Schwierigkeiten bei, bzw. Möglichkeiten zur Affektregulation. Danach stelle eine hohe Selbstkomplexität eine interne Ressource bei der Verarbeitung selbstwertbedrohlicher Informationen dar, die ein Ausbreiten dieser Informationen auf das gesamte Selbstkonzept einschränke und dadurch negative Konsequenzen für den globalen Selbstwert verringere (Linville, 1985, 1987).

Die Untersuchung wurde an einer kleinen klinischen Stichprobe von 15 Borderline-Patienten plus vier Patienten mit Essstörungen ohne Persönlichkeitsstörung, sowie einer nichtklinischen Kontrollgruppe (n=10) durchgeführt. Stein begründet ihre Auswahl der zur klinischen Stichprobe gehörenden Probanden damit, dass beide Störungen sowohl durch affektive Instabilität als auch durch schweres selbstschädigendes Verhalten gekennzeichnet seien, welches oft die Notwendigkeit einer Hospitalisierung nach sich ziehe.¹

Stein arbeitet mit der von Zajonc 1960 entwickelten card-sorting task² zur Erfassung der Struktur des Selbstkonzepts. Analog dazu werden in der Studie zwei, dem Selbstkonzept zugrunde liegende Organisationsprinzipien und deren Auswirkungen auf die Affektregulation untersucht. Diese Organisationsprinzipien sind

- Differenziertheit (*differentiation*) und
- Einheitlichkeit (*unity*) des Selbstkonzepts.

Die Differenziertheit des Selbstkonzept misst sich an der Anzahl der Attribute, die dem Selbst zugeschrieben werden; die Integration (*unity*) des Selbstkonzepts wird operationalisiert durch den Grad der Vernetztheit der einzelnen Attribute, dargestellt in der Veränderungsmatrix.

Die Affektinstabilität wird auf der Grundlage von Tagesprotokollen gemessen, die

mehrmals täglich über einen Zeitraum von 10 Tagen angefertigt wurden.

Folgende Ergebnisse der Studie wurden dokumentiert:

1. Die klinische Gruppe weist eine signifikant höhere Affektinstabilität im Vergleich zur Kontrollgruppe auf.
2. Einheitlichkeit (*unity*) des Selbstkonzepts, operationalisiert durch die Vernetzung der einzelnen Selbstattributionen, erscheint insgesamt als signifikanter Prädiktor für die Instabilität des negativen Affekts.

Die Ergebnisse der Studie stützten nach Stein die theoretischen Überlegungen Linnvilles (1985, 1987), dass die Möglichkeit, auf verschiedenen, voneinander unabhängige Selbst-Konzeptionen zurückgreifen zu können, eine interne Ressource für die Begrenzung negativer affektiver Zustände darstelle und somit der Aufrechterhaltung emotionaler Stabilität diene. Im Falle eines vereinheitlichten und zusammenhängenden Selbstkonzepts (*highly unified, cohesive cluster of self conceptions*) führe somit die Bedrohung eines einzelnen Selbstaspekts zu einer Ausbreitung der Bedrohung auf das gesamte Selbstkonzept und einer Zunahme negativer affektiver Zustände. Laut Stein stellten die Befunde der Studie somit eine Herausforderung für die Konzepte der Psychoanalytiker dar, welche eine integrative Selbststruktur als unabdingbare Voraussetzung für eine nichtpathologische Entwicklung sähen (Kernberg, 1996).

Auf Grund einiger methodischer Mängel sind die Ergebnisse der Studie mit Zurückhaltung zu betrachten und nicht allgemein auf die Borderline-Störung anwendbar. Zur klinischen Gruppe, die Stein in ihrer Studie untersucht, gehörten sowohl Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch Patienten mit einer Essstörung ohne Achse II-Störung. Als ein weiterer Kritikpunkt stellt sich die Frage nach der Operationalisierung der beiden Variablen (*differentiation* und *unity*). Die bloße Messung der Anzahl der Selbstattribute sowie deren Interdependenz hat in dem Sinn nichts mit der Selbstkomplexität Linnvilles zu tun, deren statistische Größe H als Maß der Selbstkomplexität sowohl abhängig ist von der Anzahl der generierten Selbstaspekte eines Individuums, als auch der Redundanz der Attribute innerhalb der einzelnen Selbstkategorien. Die Selbstkomplexität ist hier um so größer, je mehr Selbstaspekte ein Individuum aufweist und je weniger redundant die einzelnen Attribute in den

verschiedenen Selbstaspekten erscheinen (Linville, 1987). Bei der von Stein angewendeten Methode jedoch bleibt die Anzahl der Selbstaspekte unberücksichtigt, gemessen werden hier nur Attribute, die das Selbst allgemein beschreiben und deren Zusammenhang.

In einer vergleichenden Studie schließt Campell et al. (2003) Zajonc's card-sorting task auf Grund der angegebenen Mängel aus ihren Untersuchungen aus und verwendet andere Methoden zur Operationalisierung von Integrität (*unity*) des Selbstkonzepts. Außerdem kommt sie zu anderen Ergebnissen als Stein. Bei Stein steht eine hohe Vernetztheit der Selbstattribute als signifikanten Prädiktor für die Instabilität des negativen Affekts. Im Gegensatz dazu fanden Campell et al. einen moderaten positiven korrelativen Zusammenhang zwischen Integrität (*unity*) und psychologischer Anpassungsfähigkeit einerseits und geringen Werten in Neurotizismus andererseits (Campell, 2003)³. Insgesamt sind die Ergebnisse der Studie von Stein damit in Frage zu stellen.

Die Frage nach der Integrität des Selbstkonzepts steht auch in der Studie von de Bonis et al. (1995) im Fokus der Aufmerksamkeit. Ausgehend von der Annahme, dass sowohl Schizophrenie- als auch Borderline-Patienten über ein mangelhaft integriertes Konzept von sich selbst und signifikanten Anderen verfügen und sich selbst als wenig differenziert von Anderen beschreiben, untersuchten de Bonis et al. das Ausmaß der Identitätsdiffusion bei Schizophrenie- und Borderline-Patienten, sowie das Niveau einer differenzierten Wahrnehmung der signifikanten Anderen⁴. De Bonis et al. nutzen in ihrer Studie erstmals die von Kelly (1955) entwickelte Grid-Technik in einer modifizierten Form zur Untersuchung von Borderline-Patienten⁵. Die Grid-Technik fand bisher insbesondere bei der Untersuchung formaler Denkstörungen bei Schizophrenie-Patienten Anwendung (Bannister, 1960; Bannister & Fransella, 1966).

Durch den Einsatz dieser Messmethode in der beschriebenen Art und Weise wird sichergestellt, dass einerseits für die Person saliente Eigenschaften benannt werden, andererseits, durch die Generierung konträrer Attribute, klar wird, wie die Person sich nicht sieht. Mittels der erstellten Matrix lassen sich verschiedene Indices ablesen:

- Der Grad der Differenzierung zwischen Selbst und Anderen, ablesbar an der Überlappung salienter und konträrer Attributen bei sich selbst und Anderen.

- der Grad der Differenzierung zwischen den signifikanten Anderen, gegeben durch die Beschreibung der einzelnen Familienmitglieder mit unterschiedlichen salienten Attributen.

Die Studie wurde an einer Gruppe schizophrener Patienten (n=19), einer Gruppe Borderline-Patienten (n=17) sowie einer nichtklinischen Kontrollgruppe (n=18) durchgeführt. Die Schizophreniepatienten, diagnostiziert nach DSM-III-R, hatten keine Achse II-Diagnose; die Borderline-Patienten, auch diagnostiziert nach DSM-III-R, wiesen keine Komorbidität zu anderer Persönlichkeitsstörung auf, bei 60% der Borderline-Patienten war zum Untersuchungszeitraum jedoch eine Major Depression diagnostiziert, was nach Angabe der Autoren einer für Borderline-Patienten typischen Komorbidität entspricht.

Die Studie erbrachte die folgenden Ergebnisse:

1. Beide klinische Gruppen unterscheiden sich von der nichtklinischen Kontrollgruppe in der Selbstbeschreibung. Im Vergleich zur nichtklinischen Kontrollgruppe beschreiben sich sowohl Schizophrenie- als auch Borderline-Patienten als anders als die Anderen. Sie verwenden bei der Beschreibung ihrer eigenen Person nicht die gleichen oder ähnliche Attribute wie zur Beschreibung der Anderen, sondern verwenden eher gegensätzliche, kontrastierende Attribute.
2. Im Vergleich zur Borderline-Gruppe und der nichtklinischen Kontrollgruppe weist die Gruppe der Schizophrenie-Patienten eine geringere Differenzierung innerhalb der Gruppe der Anderen auf, d.h. die Schizophrenie-Patienten beschreiben verwandten Personen mit ähnlichen Eigenschaften.

Patienten beider klinischen Gruppen weisen somit die Tendenz auf, sich von den signifikanten Anderen in der Beschreibung unterscheiden zu müssen; eine Tendenz die in der nichtklinischen Gruppe nicht besteht. De Bonis et al. interpretieren dieses Ergebnisse als empirische Unterstützung für die These Kernbergs (1996), dass sowohl bei der Schizophrenie als auch der Borderline-Persönlichkeitsstörung der Individuationsprozess noch nicht abgeschlossen sei, sodass die augenscheinliche Notwendigkeit bestehe, sich äußerlich abgrenzen, d.h. sich als anders als die Anderen beschreiben zu müssen. Im Vergleich zwischen Schizophrenie- und Borderline-Patienten unterstützten die Befunde

nach de Bonis et al. die Annahme, dass das Selbst der Schizophrenie-Patienten undifferenzierter sei als das der Borderline-Patienten, da diese sich eher einer undifferenzierten Gruppe Anderer gegenübersehen, was auf ein unelaboriertes Selbstbild bei Schizophrenie-Patienten schließen lasse. Dagegen erscheine das Selbstbild von Borderline-Patienten differenzierter und elaborierter, da diese die signifikanten Anderen als Personen wahrnehmen, die sich in ihrer Beschreibung voneinander unterscheiden.

Auch bei der Beurteilung der Ergebnisse der Studie von de Bonis et al. dürfen einige methodische Kritikpunkte nicht unerwähnt bleiben. De Bonis et al. selbst verweisen auf die Notwendigkeit der Anwendung modernerer Diagnoseinstrumente zur Diagnostizierung der einzelnen Störungsbilder. Des Weiteren weist sie darauf hin, dass auf Grund der hohen Depressionswerte innerhalb der Borderline-Gruppe die Befunde nicht generalisierbar seien. Zwar hätten die Untersuchungen ergeben, dass keine Korrelationen zwischen der Schwere der depressiven Episode und einem der drei Indizes der Selbst-Anderen-Differenzierung beständen, trotzdem ergebe sich die Notwendigkeit der Replizierung der Studie nach Abklingen bzw. außerhalb von depressiven Episoden bei Borderline-Patienten. Ein weiterer Kritikpunkt von de Bonis et al. besteht darin, dass zur Untersuchung des Verhältnisses der Probanden zu den signifikanten Anderen nur Familienmitglieder herangezogen worden seien und betonen diesbezüglich die Notwendigkeit der Einbeziehung von Freunden, Partnern und anderen wichtigen Bezugspersonen in den zu untersuchenden Personenkreis.

Ein von de Bonis et al. nicht erwähnter, aber sehr entscheidender methodischer Kritikpunkt besteht in der Wahl der untersuchten Stichproben. Eine mögliche Interpretation des bei Schizophrenie- und Borderline-Patienten bestehenden Bedürfnisses nach Abgrenzung könnte auch im Patientenstatus der beiden klinischen Gruppen begründet sein. Zum Ausschluss dieser Interpretationsmöglichkeit ist es notwendig, eine weitere klinische Gruppe mit einer reinen Achse I-Störung in die Untersuchung einzubeziehen.

In einer zweiten Studie, in der de Bonis et al. wiederum mit einer modifizierten Version der Grid-Technik⁶ arbeiteten, untersuchten sie 1998 den Zusammenhang zwischen Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung einerseits sowie die Konzepte vom Selbst und signifikanten Anderen andererseits unter besonderer Berücksichtigung der affektiven Valenz. Die Untersuchung wurde an einer Gruppe von Patienten mit diagnostizierter Major Depression ohne BPD (n=12)⁷, einer Gruppe von Patienten mit

Major Depression und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (n=17)⁸ sowie einer nichtklinischen Kontrollgruppe (n=18) durchgeführt.

Folgende Ergebnisse wurden dokumentiert:

1. Bei beiden klinischen Gruppen besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Major Depression und dem Vorliegen eines negativen Selbstbildes.
2. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und dem Vorliegen eines sehr ambivalenten Bildes von den signifikanten Anderen.

Im Vergleich mit der Kontrollgruppe und auch der Gruppe der Patienten mit Major Depression ohne BPD beschrieben Patienten mit Major Depression und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung die signifikanten Anderen mit Attributen extrem gegensätzlicher affektiver Valenz. Den einzelnen Personen wurden sowohl sehr gute als auch sehr schlechte Eigenschaften zugeschrieben. d.h. Konstrukte von ein und derselben Person werden mit Attributen gegensätzlicher Valenz in Zusammenhang gebracht.

Folgende methodischen Kritikpunkte bei der Durchführung der Studie werden von de Bonis et al. benannt: Erstens sei es wichtig, die Studie zu replizieren, wenn die Probanden die depressive Episode überwunden hätten, zweitens solle eine Untersuchung auch an Probanden mit einer bipolaren Störung durchgeführt werden und drittens sei zu kritisieren, dass die Patienten mit Major Depression Komorbiditäten mit verschiedenen Persönlichkeitsstörungen aufwiesen.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der bei de Bonis keine Erwähnung findet, ist auch hier die Unmöglichkeit, die Befunde zur Borderline-Störung zu verallgemeinern, da bei allen Probanden mit Borderline-Persönlichkeitsstörung zur gleichen Zeit auch eine Achse I-Störung vorlag.

Bei der gebotenen Vorsicht auf Grund der gegebenen Beschränkungen der Studie werden die Befunde von de Bonis et al. als empirische Unterstützung der von Kernberg vertretenen Konzeption der Spaltung der Objektrepräsentanzen diskutiert. Die Befunde zeigten, dass die Gruppe der Patienten mit einer Depression und einer Borderline-Persönlichkeitsstörung ihre signifikanten Anderen mit Attributen beschrieben, die, von

extrem negativ bis extrem positiv, eine große Spannbreite affektiver Valenz aufwiesen; so wie Kernberg es auch in seiner Objektbeziehungstheorie formuliert hat.

Die Autoren vertreten weiterhin die Annahme, dass das negative Selbstbild, als Ausdruck der evaluativen Komponente des Selbst und in Übereinstimmung mit Becks kognitiver Theorie der Depression (1990), als Ausdruck der Depressivität der Probanden zu werten sei. Die Distinktheit in der Beschreibung der signifikanten Anderen verweise dagegen auf die der Störung zugrunde liegende Borderline-Struktur der Persönlichkeit. Wie bereits festgestellt, ist keine Generalisierung der Ergebnisse möglich, da nur Borderline-Patienten mit einer diagnostizierten Major Depression untersucht worden sind.

Da es in der Studie von de Bonis vor allem auch um die Frage der Struktur der Konzepte vom Selbst und der signifikanten Anderen ging und die Ergebnisse auf eine Beschreibung der signifikanten Anderen mit Attributen extrem gegensätzlicher Valenz bei Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hinwiesen, sollen an dieser Stelle zwei Arbeiten von Showers (1992) und Showers & Kevlyn (1999) zur Organisationsstruktur des Selbst-Wissens sowie des Wissens über signifikante Andere in intimen Beziehungen vorgestellt werden.

Anknüpfend an die Untersuchungen Linevilles (1985, 1987) zur Struktur des Selbst untersuchte Showers in ihrer Studie von 1992 die Organisationsstruktur selbstbezogenen Wissens und deren Auswirkungen auf Selbstwert und Stimmung unter Berücksichtigung der, bestimmten Selbstaspekten zugeschriebenen Wichtigkeit. Showers unterscheidet zwei mögliche Formen der Organisation selbstbezogenen Wissens:

- Compartmentalization, d.h. die Bildung von Kategorien selbstbezogenen Wissens auf der Grundlage ihrer Bewertung als positiv oder negativ.
- Die Integration sowohl positiv als auch negativ gefärbten Selbst-Wissens innerhalb einer Kategorie.

Unter compartmentalization versteht Showers "die Tendenz, positives und negatives Wissen über das Selbst in separaten Kategorien (Selbst-Aspekten) mit gleicher Valenz zu organisieren" (Showers, 1992, S. 1036). Die Ergebnisse der Untersuchung, welche ausschließlich an nichtklinischen Stichproben (College-Studenten)⁹ durchgeführt wurde,

bestätigen die theoretischen Überlegungen Showers und zeigen

- einen korrelativen Zusammenhang zwischen compartmentalization und Selbstwert,
- sowie einen korrelativen Zusammenhang zwischen compartmentalization und Stimmung.

Überwiegt die Bedeutung positiver Selbstaspekte, dann garantiert compartmentalization einen hohen Selbstwert und ein geringes Maß an Depression. Umgekehrt jedoch zieht compartmentalization einen niedrigeren Selbstwert und hohe Werte in Depression nach sich, wenn negative Selbstaspekte von größerer Wichtigkeit in den Fokus der Aufmerksamkeit gelangen. In diesem Fall ist eine integrative Organisationsstruktur mit einem höheren Selbstwert und niedrigerer Depressivität verbunden.

Ein ähnliches Bild zeichnet die Studie von Showers & Kevlyn (1999), die das Verhältnis von compartmentalization und partnerbezogenem Wissen untersucht sowie dessen Auswirkungen auf verschiedene Aspekte der Qualität intimer Beziehungen. Die Studie wurde an 122 Psychologiestudenten durchgeführt, die sich mindestens seit 3 Monaten in einer festen Partnerbeziehung befanden. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass in längeren Beziehungen und insbesondere dann, wenn an dem Partner nicht mehr nur die positiven Seiten gesehen werden können, eine integrative Organisation des partnerbezogenen Wissens verbunden ist mit mehr Liebe, positiven Gedanken und Gefühlen gegenüber dem Partner. In neueren Beziehungen hingegen stellt compartmentalization eine effektive Strategie für die Handhabung negativer Seiten des Partners dar. Hier ist compartmentalization verbunden mit einer positiven Attribution negativen Verhaltens des Partners.

Showers bezeichnet compartmentalization als eine effektive Coping-Strategie, die erfolgreich ist, solange es gelinge, negative Aspekte des eigenen Selbst oder des Partners auszublenden. Insbesondere eigne sich compartmentalization für vorübergehende Stressperioden. Dauerhaft, und das zeigen insbesondere die Ergebnisse der Studie von Showers und Kevlyn, lohne es sich jedoch, integrative Strukturen auszubilden, auch wenn dies mit beträchtlichen kognitiven Anstrengungen verbunden sei, da Attribute mit unterschiedlicher Valenz eine große semantische Differenziertheit aufwiesen. Ein solches Vorgehen erfordere, sich über die eigenen, mit negativen Annahmen verbundenen

emotionalen Reaktionen hinwegzusetzen, um positiven Gedanken Raum zu geben. Showers vertritt die Ansicht, dass integrative Prozesse auf Grund fehlender kognitiver Ressourcen fehlschlagen können und somit die Spannweite von Situationen, in denen integrative Strategien anwendbar seien, begrenzt ist.

1.3. Zusammenfassung und Diskussion der Studien zur Selbststruktur

Obwohl die Ergebnisse der Studien, insbesondere der von Stein auf Grund methodischer Kritikpunkte als nicht generalisierbar gelten können, soll an dieser Stelle trotzdem versucht werden, sowohl die bisher vorgestellten theoretischen Überlegungen mit den Ergebnissen der Studien in einen Zusammenhang zu bringen, als auch die Ergebnisse der Studien untereinander in Bezug zu setzen.

Laut Stein (1995) gibt es einerseits einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Borderline-Störung und einer erhöhten Affektinstabilität als auch zwischen der Einheitlichkeit (unity) des Selbstkonzepts und der Instabilität des negativen Affekts. Obwohl Stein in ihrer Studie zu anderen Ergebnissen als Campell et al. (2003) kommt, scheint es doch einen Zusammenhang zu geben zwischen der Integrität bzw. Einheitlichkeit des Selbstkonzepts und der Stabilität des Affekts. Voraussetzung für die Durchführung weiterer empirischer Studien zur Klärung der Fragestellung ist eine genaue Definition des Begriffs Integrität sowie der Operationalisierung des Konstruktes. Was genau verbirgt sich hinter einem integrierten Selbstkonzept und wie ist dieses zu operationalisieren?

Mit der Frage eines differenzierten Selbstkonzepts beschäftigt sich auch die Studie von de Bonis et al. (1995). Die Ergebnisse ihrer Studie lassen vermuten, dass sich sowohl Schizophrenie- als auch Borderline-Patienten von anderen Personen durch eine kontrastierende Beschreibung abgrenzen müssen. Im Gegensatz zur Borderline-Gruppe verfügen Schizophrenie-Patienten über ein weniger differenziertes Selbstbild, da sie selbst nicht in der Lage erscheinen, zwischen den Anderen zu differenzieren.

Ließen sich die Ergebnisse der Studie von de Bonis et al. (1995) in einer Folgestudie, die all die methodischen Mängel, insbesondere hinsichtlich der Wahl der Stichprobe, beseitigt, replizieren, so könnten damit einige der von Kernberg aufgestellten Prämissen zur Borderline-Störung empirisch untermauert werden. Bezöge man einerseits die Ergebnisse

auf die von Kernberg herausgearbeiteten zwei Stufen des Individuationsprozesses; erstens der Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen und zweitens der Integration dieser gegensätzlichen Repräsentanzen, ließe sich schlussfolgern, dass die Studie die Annahmen Kernbergs zu einem teilweisen Misslingen der ersten Stufe des Individuationsprozesses, der Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen bei der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation stützt. Hinsichtlich der Notwendigen der Integration gegensätzlicher Selbst- und Objektrepräsentanzen in ein kohärentes Selbstbild zur Herstellung einer stabilen ICH-Identität können durch diese Studie keine Aussagen gemacht werden. Der Befund, dass Borderline-Patienten im Vergleich zu Schizophrenie-Patienten über ein differenzierteres und elaborierteres Selbstbild verfügen, könnte andererseits als Indiz für die Schwere der jeweiligen Störung gelten und ließe sich somit gut in Kernbergs nosologische Modell zur Borderline-Persönlichkeitsorganisation integrieren.

Die Ergebnisse der Studie von de Bonis et al. (1998) legen nahe, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen dem Auftreten einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und dem Vorliegen eines sehr ambivalenten Bildes von den signifikanten Anderen. Vergleicht man die Ergebnisse der Untersuchungen von Showers (1992), Showers & Kevlyn (1999) mit denen von de Bonis et al. (1998) ergeben sich gewisse Übereinstimmungen. De Bonis et al. fanden einen Zusammenhang zwischen der Borderline-Persönlichkeitsstruktur ihrer Probanden und der Beschreibung signifikanter Anderer mit extrem gegensätzlichen Attributen. Showers fand einen Zusammenhang zwischen compartmentalization und Depressivität sowie niedrigem Selbstwert, wenn die Probanden eine Anzahl negativer Selbstaspekten mit hoher Bedeutung für das Selbstkonzept generierten und Showers & Kevlyn fanden einen Zusammenhang zwischen compartmentalisation und schlechteren Parametern in Partnerbeziehungen bei längerandauernden Beziehungen. Bei dem Versuch die Ergebnisse beider Studien zusammenzufassen und gemeinsam zu interpretieren, liegt die Vermutung nahe, dass Borderline-Patienten, die sich auch durch eine hohe Depressivität auszeichnen, das Wissen über ihre signifikanten Anderen in separaten Kategorien mit gleicher Valenz organisieren und sowohl über ein positives als auch ein negatives Bild jeder einzelnen Personen verfügen. Die Ergebnisse der Studie von de Bonis et al. (1998) ließen sich somit mit den Ergebnissen von Showers (1992) und Showers & Kevlyn (1999) vergleichen. Bei de Bonis et al. (1998) gibt es einen Zusammenhang zwischen gegensätzlicher Beschreibung der Anderen und der Borderline-

Persönlichkeitsstruktur, bei Showers und Showers & Kevlyn einen Zusammenhang zwischen compartmentalization und Depressivität bzw. interpersonellen Problemen in engen Beziehungen. Interessant wäre somit die Durchführung einer Studie zur Untersuchung von compartmentalization bei gleichzeitiger Erfassung von Borderline-Werten.

Showers selbst beschreibt compartmentalization als eine kognitive Coping-Strategie und benennt die Möglichkeit, splitting (Spaltung) als eine primitive Form von compartmentalization zu sehen. Vergleichbar mit compartmentalization stelle splitting eine Coping-Strategie zum Umgang mit negativen Erfahrungen und negativem Wissen durch Verleugnung dar. Überwiege die Bedeutung negativer Selbstopferteile gehe compartmentalization einher mit Depressivität und geringem Selbstwert; das unvermeidliche Auftauchen negativer Züge des Partners in langandauernden Beziehungen lasse sich folgerichtig besser durch integrative Strukturen kompensieren als durch compartmentalization. Showers weist darauf hin, dass die gefundenen Beziehungen zwischen compartmentalization und Selbstwert und Stimmung bzw. Qualität einer Beziehung keine Aussage zur Kausalität derselben erlauben. Kernberg schreibt, dass der Abwehrmechanismus der Spaltung eingesetzt wird, um ein Überfluten des ICH durch extreme Affektzustände und drohende Dekompensation zu verhindern. Spaltung erscheint hier als effektive Coping-Strategie, die das Selbst schützt. Das würde bedeuten, dass affektive Zustände sowohl Auslöser für die Speicherung von Informationen in Selbstopferten entgegengesetzter Valenz, als auch Ergebnis dieses Prozesses sein könnten. Compartmentalization und Spaltung erscheinen somit sowohl als Prozess als auch Resultat eines Prozesses.

An dieser Stelle möchte ich auch auf die eingangs vorgestellten theoretischen Überlegungen von Greenwald et al. (2002) zurückkommen und auf die Frage, inwieweit compartmentalization bzw. splitting als ein normaler oder pathologischer Prozess angesehen werden können. Es scheint einen Unterschied zu geben zwischen der Ausbildung von Subkonzepten auf Grund von Spannung, die in bereits integrierten Konzepten wirken, und dem Zustand mangelnder Integriertheit und der Existenz unverbundener gegensätzlicher Selbst- und Objektrepräsentanzen (Kernberg, 1996). Interessant scheint hier auch die Beantwortung der Frage nach der Kontinuität. Gibt es ein Kontinuum von normal bis pathologisch oder bestehen qualitative Unterschiede zwischen den beiden hier benannten Möglichkeiten. Nach Kernberg sei die Integration der

getrennten Selbstrepräsentationen die Voraussetzung dafür, sich selbst als ein einheitliches, gleichwohl differenziertes Selbst erleben zu können ohne auf pathologische Spaltungsprozesse zurückgreifen zu müssen.

Ein Widerspruch? Oder könnte es sein, dass die Integration guter und schlechter Selbstanteile, nach Kernberg gebunden an extreme affektive Zustände, eine Voraussetzung darstellt für die Entwicklung eines komplexen, vielschichtigen Selbst im Sinne Linvilles, fähig, den Herausforderungen des Lebens entgegenzutreten? Oder, wie Showers es in der Diskussion ihrer Studie formuliert: "This evaluative simplicity is probably achieved by cognitive complexity" (Showers, 1992, S.1047). Möglicherweise gibt es einen entscheidenden Unterschied zwischen pathologischen Spaltungsprozessen und einer gesunden, den Selbstwert erhöhenden Fähigkeit zur differenzierten Speicherung von Wissen in separaten Kategorien mit unterschiedlicher Valenz.

1.4. Abwehrmechanismus der Spaltung

In engem Zusammenhang mit der bereits besprochenen Struktur des Selbstkonzepts von Borderline-Persönlichkeiten steht der Mechanismus der Spaltung. Kernberg (1997) bezeichnet Spaltung als den zentralen Abwehrmechanismus der Borderline-Persönlichkeitsorganisation und meint damit das aktive Auseinanderhalten konträrer Selbst- und Objektrepräsentanzen und dem daraus resultierenden Mangel an einer kohärenten Selbstkonzeptstruktur. Showers, die compartmentalization als effektive Coping-Strategie sieht, bezeichnet Spaltung als eine primitive Form von compartmentalization (Showers, 1992).

Aus diesen Gründen soll hier noch eine Studie vorgestellt werden, bei der es um die Entwicklung eines Selbstfragebogens zum Mechanismus der Spaltung geht. Da bisher jedoch keine Validierung an klinischen Stichproben erfolgt ist, verfügt der Fragebogen noch über keine Aussagekraft bezüglich der Anwendung von Spaltungsmechanismen durch Borderline-Patienten. Trotzdem soll die Studie hier auf Grund der Relevanz von Spaltungsmechanismen für Borderline-Patienten vorgestellt werden.

Ausgehend von den theoretischen Überlegungen Kernbergs führten Gould et al. (1996) mehrere Untersuchungen zur Entwicklung eines Selbstbeurteilungs-Fragebogens zur

Messung des Abwehrmechanismus der Spaltung durch. Der Fragebogen umfasst 24 Items, die untersuchen, inwieweit stabile Konstrukte und Beziehungen gegenüber sich selbst und den signifikanten Anderen bestehen. Hier einige Beispiele:

3. *Meine Mutter hat Fehler, aber ich habe nie an ihrer Liebe zu mir gezweifelt.*
15. *Ich habe viele, lang andauernde Freundschaften gehabt.*
24. *Wer ich bin, hängt davon ab, wie ich mich fühle.*

Der Fragebogen wurde in einer Reihe von Untersuchungen an großen nicht-klinischen Stichproben validiert. Insgesamt wurden sechs Pilotstudien zur Itemselektion und zwei Validierungsstudien durchgeführt. An der ersten Validierungsstudie nahmen 841 Collegestudenten, an der zweiten 42 Studenten teil. Der Fragebogen erreichte sehr gute psychometrische Werte bezüglich interner Konsistenz und Stabilität über einen 4-Wochen-Zeitraum. Die MTMM-Untersuchungen zur konvergenten und diskriminanten Validität ergaben bei beiden Messungen hoch positive Korrelationen mit Testverfahren zur Messung der Borderline- und der narzisstischen Persönlichkeitsstörung sowie der Depression und negative Korrelationen mit Verfahren zur Messung der Selbstkonzeptstabilität und des Selbstwertgefühls. Es konnte kein Zusammenhang zwischen Spaltung und kognitiver Komplexität festgestellt werden; jedoch ein gering positiver Zusammenhang zwischen Spaltung und dem Dogmatismuskonstrukt^x.

Eine faktorenanalytische Untersuchung innerhalb der ersten Studie ergab drei Faktoren, die jedoch keine orthogonale Lösung bieten. Die Faktoren lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- Spaltung innerhalb der eigenen Person,
- Spaltung innerhalb der Familie sowie
- Spaltung der signifikanten Anderen.

Die einzelnen Subskalen weisen, wie sich auf Grund der fehlenden Orthogonalität vermuten lässt, dieselben hochsignifikanten Korrelationen mit den einzelnen Konstrukten auf.

Obwohl der Fragebogen noch an klinischen Gruppen getestet werden muss, zu denen neben Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auch Patienten mit anderen

Persönlichkeitsstörungen, die nicht den Mechanismus der Spaltung nutzen, sowie Patienten ohne Achse II-Diagnose gehören sollten, liefert die vorliegende Studie erste empirische Unterstützung für den von Kernberg beschriebenen Mechanismus der Spaltung bei Vorliegen einer Borderline-Störung. Die zeitliche Stabilität des Splitting-Index sowie die hohen Werte bezüglich der konvergenten Validität mit Verfahren zur Messung einer Borderline-Störung geben erste Hinweise für die Richtigkeit der These Kernbergs, dass bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation Spaltungsprozesse eine herausragende Rolle spielen.

Weitere Themen, die im Zusammenhang mit Spaltungsmechanismen zu untersuchen sind, sind Fragen nach den Kriterien von Spaltungsprozessen. Nämlich was wird wie gespalten? Erfolgt Spaltung nach Kriterien der Valenz und wird innerhalb oder zwischen einzelnen Selbstaspekten gespalten? Und wer spaltet wen? Zu vermuten wäre: Das I spaltet das Me - ein weiteres interessantes Feld für theoretische Überlegungen und zukünftige empirische Forschungstätigkeit!

2. Identität und Borderline-Persönlichkeitsstörung

In diesem Abschnitt sollen Studien vorgestellt werden, die sich auf die eine oder andere Weise mit Fragen der Identität und Störungen derselben bei Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beschäftigen. Auch hier sei einleitend darauf verwiesen, dass die Studien von teilweise sehr unterschiedlichen theoretischen Prämissen ausgehen. Trotzdem, und das ist das eigentlich Interessante daran, lassen sich die Ergebnisse der Studien zu einem Gesamtbild zusammenfügen, das Aufschluss gibt über die Probleme von Borderline-Patienten bei ihrer Suche nach der eigenen Identität. Einer großen Anzahl theoretischer Überlegungen und Hypothesen zur Frage von Identitätsproblemen bei Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung steht auch hier nur wenig empirische Evidenz gegenüber. Wie im vorherigen Abschnitt sollen die Studien zuerst vorgestellt und methodische Fragen erörtert werden und abschließend eine Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse erfolgen.

2.1. Empirische Studien zu Identitätsstörungen

Im Jahr 2000 veröffentlichten Wilkinson-Ryan & Westen eine empirische Untersuchung zur Problematik der Identitätsdiffusion. Ziel der Studie war die Untersuchung der Dimensionalität des Identitätskonstrukts, weiterhin welche besonderen Aspekte von Identitätsstörungen Borderline-Patienten von anderen Patienten unterscheiden und welche dieser Aspekte im Zusammenhang stehen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Da ein großer Teil der diagnostizierten Borderline-Fälle auf eine Geschichte sexuellen Missbrauchs verweist und bis heute noch ungeklärt ist, inwieweit mit Identitätsstörungen verbundene dissoziative Phänomene charakteristisch für Borderline-Störungen sind und nicht vordergründig auf schweren sexuellen Missbrauch hinweisen, war ein erklärtes Anliegen der Studie, die Variable sexueller Missbrauch statistisch zu kontrollieren. Um die Struktur von Identitätsstörungen bei Borderline-Patienten genauer zu analysieren, entwickelten Wilkinson-Ryan & Westen einen Fremdbeurteilungs-Fragebogen.

Aufbauend auf den Arbeiten Ericsons und Marcias zur Identitätsentwicklung sowie den Ausführungen Kernbergs und Fonagys zu Identitätsstörungen bei einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur definierten Westen & Cohen (1993) Identitätsstörungen wie folgt:

- Mangel an konsistent verfolgten Zielen, Werten, Idealen, Beziehungen.
- Tendenz, zeitweilig extrem in Rollen, Wertesysteme, Weltsichten und Beziehungen zu investieren, die letztendlich zusammenbrechen (müssen) und zu Gefühlen von Leere und Sinnlosigkeit führen.
- Hohe Inkonsistenz im Verhalten über Situationen und Zeit hinweg, relativ genau (selbst) wahrgenommen als ein Selbst, dem es an Kohärenz mangelt.
- Schwierigkeit, verschiedene Selbstanteile zu einem gegebenen Zeitpunkt zu integrieren.
- Fehlen einer kohärenten Lebensgeschichte und einer Kontinuität über die Zeit.
- Unfähigkeit, Beziehungen aufrecht zu erhalten, was dazu führt, dass wichtige Teile der Vergangenheit von Borderline-Patienten in der Erinnerung anderer Personen präsent sind, die nicht länger Teil ihres Lebens sind.
- Verlust geteilter Erinnerungen, die helfen, das Selbst über die Zeit zu definieren.

Auf der Grundlage dieser theoretischen Prämissen entwickelten Wilkinson-Ryan & Westen einen Fragebogen mit insgesamt 35 Items. Drei Beispielitems seien genannt:

5. *Der Patient hatte Schwierigkeiten einen Beruf zu wählen und ihn längere Zeit*

auszuüben.

17. In engen Beziehungen befürchtet der Patient seine Identität zu verlieren.

27. Die Sicht auf das eigene Selbst ändert sich schnell oder unvorhersagbar.

Die Untersuchung wurde an drei Patientengruppen: Patienten mit BPD, Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen und Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen durchgeführt, in der Art und Weise, dass die, die Patienten behandelnden Therapeuten/Ärzte/Sozialarbeiter befragt wurden. Nach Auswertung der unterschiedlichen Messinstrumente umfasste die Borderline-Gruppe 34 Patienten, die Gruppe der Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen 20 Probanden sowie 41 Patienten ohne diagnostizierte Achse II-Störungen. Zur Überprüfung der Konstruktvalidität des Fragebogens wurde das im DSM-IV enthaltene Kriterium für Identitätsstörungen in den Fragebogen aufgenommen und im Ergebnis diskriminierten insgesamt 28 der 34 Items des Fragebogens zwischen Patienten mit und ohne Identitätsstörungen.

Folgende Ergebnisse der Studie wurden dokumentiert:

- Der Fragebogen diskriminiert sowohl zwischen Patienten mit und ohne Identitätsstörungen, als auch zwischen Patienten mit und ohne BPD.
- Die durchgeführte Faktorenanalyse ergibt eine 4 Faktoren-Lösung, die eine hohe Varianzaufklärung erzielt.
- Sexueller Missbrauch in der Geschichte von Patienten steht nur mit einem der gefundenen Faktoren in Beziehung. (Faktor 2)
- Die Befunde stützen die Existenz zweier unterschiedlicher Borderline-Typen. Beide zeigen unterschiedliche Formen von Identitätsstörungen, erkenntlich am Ausprägungsgrad auf den jeweiligen Faktoren. Unterschieden werden erstens der emotional dysregulierte, dysphorische und zweitens der histrionische Typ.

Die vier gefundenen Faktoren wurden wie folgt benannt:

1. Rollenübernahme,

2. schmerzhafte Inkongruenz,
3. Inkonsistenz,
4. Mangel an Verantwortung (commitment).

Unter Rollenübernahme verstehen Wilkinson-Ryan & Westen, dass das Selbst sich in Begriffen einer spezifischen Rolle definiert, deren Ursache in einer Überidentifikation mit dieser Rolle und der Zugehörigkeit zu einer Außenseitergruppe zu suchen ist. Im Ergebnis der Rollenübernahme definiert sich die gesamte Persönlichkeit über diese Rolle und die Zugehörigkeit zur Gruppe. Der zweite Faktor, schmerzliche Inkongruenz bezieht sich auf einen, von der Person als schmerzhaft empfundenen Mangel an Kohärenz. Im Gegensatz zum zweiten Faktor bezieht sich der dritte Faktor Inkonsistenz eher auf die objektiv wahrgenommenen Widersprüche in Beziehungen, im Verhalten sowie Ziel- und Wertvorstellungen. Der vierte Faktor zeigt einen Mangel an Verantwortung (*commitment*) hinsichtlich des Engagements in Jobs, Wert- und Zielvorstellungen. Dieser Faktor diskriminiert als einziger nicht zwischen Patienten mit BPD und den beiden anderen Patientengruppen.

Leider haben die Autoren nicht überprüft, wie hoch die Werte der einzelnen Patientengruppen auf jeden der vier Faktoren laden. Eine Varianzanalyse ergab signifikante Gruppenunterschiede auf den ersten drei Faktoren, beim vierten Faktor zeichnete sich ein Trend ab. Genauerer Aufschluss ergab eine lineare Kontrastanalyse, die folgende Resultate erbrachte:

1. Die Ratings der Borderline-Gruppe auf den ersten drei Faktoren sind signifikant höher, als die Ratings der beiden anderen (nicht differenzierten) Gruppen. (Kontraste: 2,-1,-1)
2. Auf allen vier Faktoren ergibt sich eine lineare Beziehung zwischen den drei Patientengruppen. Die Borderline-Gruppe erreicht signifikant höhere Werte als die Gruppe mit anderen Persönlichkeitsstörungen, die wiederum signifikant höhere Werte gegenüber der Gruppe ohne Persönlichkeitsstörungen aufweist. (Kontraste: 1,0,-1)

Bezüglich der gefundenen zwei Borderline-Subtypen ergab sich das folgende Bild:

- Borderline-Patienten vom emotional dysregulierte, dysphorische Typ leiden mehr an der fehlenden Kohärenz ihres Selbst und scheuen davor zurück, sich

verantwortungsbewußt zu engagieren.

- Im Gegensatz dazu tendieren Patienten vom histrionischen Typ dazu, ausgefallene Rollen zu übernehmen. Die Autoren vermuten, dass die vorhandenen Inkongruenzen bei diesem Borderline-Typ nicht mehr bewußt wahrgenommen werden.

Mit dem Thema Identitätsstörungen beschäftigen sich auch Pollock et al. in ihrer 2001 durchgeführten Untersuchung. Ihr Hauptinteresse gilt jedoch nicht wie bei Wilkinson-Ryan & Westen (2000) der Untersuchung der Struktur von Identitätsstörungen, sondern vielmehr der Frage nach den Ursachen derselben. Ausgehend vom *Multiple Self State Model* (MSSM) der Kognitiv Analytischen Therapie (CAT; Ryle, 1990, 1995, 1997) entwickelten Pollock et al. einen Selbstbeurteilungs-Fragebogen zur Messung multipler Selbstzustände als Auslöser für Identitätsstörungen. Das Modell postuliert die theoretische Annahme, dass Identitätsstörungen auf die Existenz mehrerer diskreter, entgegengesetzter Zustände des Selbst (*self-states*) zurückzuführen seien. Diese Selbst-Zustände dominierten die Erfahrungen des Selbst mit sich selbst und in Beziehung zu anderen. Der Begriff *self-states* bezieht sich dabei auf im Laufe der Entwicklung internalisierte reziproke Rollenprozesse (*reciprocal role procedure*). Im Verlauf dieses Prozesses seien sowohl die eigene als auch die reziproke Rolle internalisiert worden. Gemeinsam mit den dazugehörigen Affekten, Kognitionen und Verhaltensdispositionen bildeten sie den entsprechenden Selbststatus^{xi}. Das Selbst könne somit sowohl innerhalb als auch zwischen einzelnen Selbstzuständen hin- und herspringen. Eine normale Entwicklung sei gekennzeichnet durch die Internalisierung positiver Interaktionsmuster, eine pathologische Entwicklung basiere auf der Internalisierung negativer Beziehungserfahrungen auf Grund negativer Umwelteinflüsse, z.B. Missbrauchserfahrungen und/oder chaotische Erziehung oder Vernachlässigung durch frühe Bezugspersonen. Dissoziative Erfahrungen spielten eine wichtige Rolle im Hinblick auf den Grad der Bewußtheit multipler Selbstzustände. Angenommen wird ein Kontinuum dissoziativer Erfahrungen von normaler Tagträumerei über die *self-states* der Borderline-Störung bis hin zu multiplen Persönlichkeitszuständen der Dissoziativen Persönlichkeitsstörung. Der Wechsel innerhalb und zwischen den einzelnen Selbstzuständen gehe einher mit einem Mangel an Selbsterfahrung und Konfusion sowie der Unfähigkeit, Gefühle, Gedanken und Verhalten vorhersagen und reflektieren zu können.

Der zur empirischen Untermauerung dieser Annahmen entwickelte Fragebogen umfaßt 8

Itempaare und erfaßt Merkmale einer Borderline-Störung, die nicht im DSM-IV aufgeführt sind, dafür aber Bestandteil des MSSM sind und Identitätsstörungen, Stimmungsschwankungen und Kontrollverlust beinhalten.

Der Fragebogen wurde in einer Reihe von Untersuchungen an klinischen und nicht-klinischen Kontrollgruppen entwickelt und validiert. An den Untersuchungen waren insgesamt 43 Patienten mit einer diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung, 20 Patienten mit einer Dissoziativen Identitätsstörung und 155 nichtklinischen Probanden beteiligt.

Ein Beispielitempaar ist:

3. Ich habe ein stabiles und unveränderbares Selbstgefühl. vs. Zu verschiedenen Zeiten bin ich so unterschiedlich, dass ich mich frage, wer ich wirklich bin.

Nach Angabe der Autoren erreichte der Fragebogen gute psychometrische Werte bezüglich Reliabilität und Validität. Eine Faktorenanalyse ergab, dass ein einziger Faktor 40% der Gesamtvarianz aufklärt. MTMM-Untersuchungen zur diskriminanten und konvergenten Validität sowie die Durchführung von Regressions- und Varianzanalyse ergaben folgende Befunde:

- Der PSQ korreliert positiv mit Messverfahren zur Multiplizität (Existenz verschiedener Selbstzustände, BSPS, Altrocchi et al., 1997), Dissoziation und pathologische Dissoziation (DES, DEST, Bernstein & Putnam, 1986), sowie den Subskalen Wut und bipolare Stimmung der Mood Variability Scale (Harvey et al., 1989).
- Der PSQ korreliert negativ mit Messverfahren zur Selbstkonzeptklarheit (SCCS, Campell, 1990), Kohärenz (SOC, Antonovsky, 1987) sowie dessen Subskalen Manageability, Meaningfulness und Comprehensibility.
- BSPS und SOC klären 65% der Varianz des PSQ auf, d.h. der PSQ misst in erster Linie die Existenz multipler self-states und Kohärenz.
- Der PSQ differenziert zwischen der Borderline-Gruppe und den beiden anderen Gruppen, nicht jedoch zwischen der Gruppe mit Dissoziativer Identitätsstörung und der

nichtklinischer Gruppe.

Auf der Grundlage dieser Befunde diskutieren Pollock et al. die Möglichkeit, dass sich Patienten mit einer Borderline-Störung von Patienten mit einer Dissoziativen Störung nicht hinsichtlich der Existenz verschiedener Selbst-Zustände unterscheiden, sondern auf der Grundlage der Schwere der dissoziativen Symptomatik. Borderline-Patienten zeigten ein hohes Maß an Multiplizität und Fragmentierung, verbunden mit einer dissoziativen Symptomatik. Im Vergleich dazu bestanden keine Unterschiede zwischen DID-Patienten und der nichtklinischen Kontrollgruppe bezüglich der Existenz multipler Selbst-Zustände, jedoch eine schwerere dissoziative Problematik bei Patienten mit DID. Dadurch erschienen Patienten mit einer Dissoziativen Identitätsstörung als schwerer gestört; sie seien jedoch nicht in der Lage, die Existenz verschiedener Selbstzustände zu reflektieren und zeigten auf Grund dessen höhere Werte bezüglich der Affektvariabilität. Die Selbst-Zustände bei dissoziativen Störungen seien personifiziert, was zu extremen Konflikten und einer Informationsblockade führe. Die Borderline-Störung wird von den Autoren als eine Störung beschrieben, deren zentraler Aspekt die Existenz verschiedener Selbst-Zustände sei, wodurch die Erlangung einer personalen Integrität gestört würde.

Zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich der dissoziativen Problematik von Borderline-Patienten kamen auch Brunner et al. in ihrer 2004 durchgeführten Studie zur dissoziativen Symptomatik. Sie verglichen eine Gruppe von Patienten mit einer zum schizophrenen Formenkreis gehörenden Erkrankung (N=26) und eine Borderline-Gruppe (N=26) mit einer nichtklinischen Kontrollgruppe (N=1056) und erfaßten das Ausmaß der dissoziativen Symptomatik mittels Selbstbeurteilungsfragebögen. Bei den Patienten handelt es sich um Adoleszenten und junge Erwachsene. Die Daten der Patienten mit Schizophrenie wurden in der Remissionsphase nach Abklingen der Positivsymptomatik erfaßt. Paarweise Vergleiche ergaben folgende Ergebnisse:

- Im Vergleich zur nichtklinischen Kontrollgruppe erreichte die Gruppe der Borderline-Patienten höhere Werte bezüglich amnestischer Dissoziation. Die beiden anderen Gruppen zeigten ähnliche Werte.
- Auf der Subskala absorption/imaginativ involvement erzielte die Borderline-Gruppe signifikant höhere Werte als die Schizophrenie-Gruppe. Patienten der Schizophrenie-Gruppe erzielten geringere Werte als die Kontrollgruppe.

- Bezüglich Depersonalisations- und Derealisationserfahrungen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der Borderline-Gruppe und den beiden anderen Gruppen, wohingegen keine Differenzen zwischen der Schizophrenie-Gruppe und der nichtklinischen Kontrollgruppe auftraten.

Die Autoren diskutierten die vorliegende Symptomatik der Borderline-Störung als Resultat einer ICH-Störung und Fragmentierung der Persönlichkeit bei Borderline-Patienten.

Da auch hier die klinischen Stichproben relativ klein sind und das Durchschnittsalter der Probanden im Bereich Adoleszenz/junges Erwachsenenalter liegt, lassen sich die Ergebnisse nicht generalisieren.

In den Zusammenhang zwischen Identitätsstörungen und dissoziativer Symptomatik bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung lässt sich auch die Untersuchung von Bohus et al. (2001) gut einfügen. Bohus et al. entwickelten eine veränderungssensitive Symptomcheckliste für die Borderline-Persönlichkeitsstörung, die an einer Stichprobe von 308 Patientinnen mit einer nach DSM-IV Kriterien diagnostizierten Borderline-Persönlichkeitsstörung validiert wurde. Eine faktorenanalytische Untersuchung führte zu einer 7-Faktor-Lösung.

Die Faktoren wurden wie folgt benannt:

- Selbstwahrnehmung
- Affektregulation
- Autoaggression
- Dysthymie
- Soziale Isolation
- Intrusionen
- Feindseligkeit

Von Interesse für die Selbstkonzept-Forschung ist an dieser Untersuchung die Tatsache, dass auf den ersten Faktor Selbstwahrnehmung sowohl Items, die dem dissoziativen Spektrum zuzuordnen sind, laden, als auch Items, die Identitätsprobleme zum Inhalt haben. Daraus abzuleiten ist ein Zusammenhang zwischen Identitätsstörungen und dissoziativer Problematik. Der erste Faktor klärt einen überdurchschnittlich großen Anteil

der Gesamtvarianz (32%) auf, wobei zu berücksichtigen ist, dass auf den Faktor überdurchschnittlich viele, nämlich 19 Items laden, was einen Anteil von einem Fünftel an der Gesamtitemzahl ausmacht. (vs. ein Siebtel bei gleichmäßiger Verteilung). Trotzdem lässt sich dieser Befund dahingehend interpretieren, dass bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung in erster Linie eine Störung des Selbst vorliegt und die Problematik der Affektregulation erst an zweiter Stelle steht.

Einen weiteren interessanten Beitrag zur Problematik von Identitätsstörungen bei Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung lieferten Kanter et al. (2001) mit ihrer Untersuchung zur Frage der Beeinflussbarkeit des Selbsterlebens von Borderline-Patienten durch Andere. Den theoretischen Hintergrund für die 2001 veröffentlichte Studie bildet der Behaviorismus und insbesondere Skinners Aussage über die Möglichkeit, das eigenen Selbst als Wissen über sich selbst zu erfahren. Dabei spiele die Fähigkeit der verbalen Diskrimination des eigenen Verhaltens, als einer auf sich selbst bezogene Rede, eine entscheidende Rolle. Identitätsdiffusion gehe einher mit Schwierigkeiten in der Sprachentwicklung. Der Ursprung, d.h. das Wissen über das Selbst sei sozial determiniert (Skinner, 1974). Kohlenberg und Tsai (1991, 1995) sprechen von einer privaten und öffentlichen Erfahrung des Selbst. Sie vertreten die Ansicht, dass das Selbst nur auf der Grundlage privater Kontingenzen erfahren werden könne. Durch Erfahrung fehlerhafter Verstärkung durch frühe Bezugspersonen gerate das Selbst unter äußere Kontrolle (*public control*). Linehan (1993) spricht im Zusammenhang mit der Entwicklung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen von einer emotional beeinträchtigenden (*invalidating*) Umwelt, die eine inkonsistente Verstärkung, die Verneinung und Bestrafung individueller Erfahrungen, sowie eine fehlende oder falsche Verstärkung von Affektzuständen oder wichtigen Ereignissen beinhalte. Dadurch werde die Erfahrung des eigenen Selbst verzerrt und gerate unter äußere Kontrolle. Borderline-Patienten seien oft nicht in der Lage, Auskunft zu geben über ihre Gefühle, wüssten nicht, wer und wie sie sind.

Auf der Grundlage dieser theoretischen Annahmen entwickelten Kanter et al. einen Selbstbeurteilungs-Fragebogen: The Experience of Self Scale (EOSS) zur Untersuchung des Einflusses Anderer auf die Erfahrung des Selbst. Der Fragebogen misst das subjektive Gefühl der Abhängigkeit von Anderen bei der Erfahrung des Selbst. Der Fragebogen wurde an einer Gruppe von Borderline-Patienten (N=14) und einer nichtklinischen Kontrollgruppe (N=284) validiert.

Die Items sind folgendermaßen aufgebaut:

<i>Gefühle</i>		<i>mit Ihnen</i>
<i>Wünsche</i>	<i>Bekannten,</i>	<i>zusammen bin.</i>
<i>Meine Meinungen sind beeinflusst von</i>		<i>wenn ich</i>
<i>Einstellungen</i>	<i>engen Freunden,</i>	<i>alleine bin.</i>
<i>Handlungen</i>	<i>Verwandten,</i>	

Folgende Befunde wurden dokumentiert:

- Eine faktorenanalytische Untersuchung bestätigt die vermuteten vier Faktoren, die sich aus den verschiedenen Kombinationen des Typs der beeinflussenden Personen und deren Anwesenheit/Nichtanwesenheit ergeben.
- Die subjektiv erlebte Abhängigkeit von Anderen ist abhängig von der Art der Beziehung sowie der Anwesenheit/Nichtanwesenheit der Anderen. Je enger die Beziehung desto größer die erlebte Beeinflussung, insbesondere, wenn die Person/en physisch anwesend ist/sind. Es bestehen signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Möglichkeiten: enge Freunde/Verwandte, anwesend; enge Freunde/Verwandte, nicht anwesend; Bekannte, anwesend; Bekannte nicht anwesend.
- Untersuchungen zur diskriminanten und konvergenten Validität an der nichtklinischen Kontrollgruppe ergaben einen signifikanten positiven korrelativen Zusammenhang zwischen subjektiv erlebter Abhängigkeit und dissoziativen Erfahrungen (DES, Bernstein & Putnam, 1986) sowie einen signifikanten negativen Zusammenhang zum Selbstwertgefühl (SES, Rosenberg, 1965).
- Die Borderline-Gruppe erreichte im Vergleich zur nichtklinischen Kontrollgruppe signifikant höhere Werte bezüglich der subjektiv erlebten Abhängigkeit (EOSS) sowie dissoziativer Erfahrungen (DES) und signifikant niedrigere Werte bezüglich des Selbstwertgefühls (SES).

In Bezug auf die Borderline-Störung diskutieren die Autoren die Ergebnisse als Hinweis für die Richtigkeit der Aussagen Linehan's zur Bedeutung einer invalidierenden Umgebung

für die Herausbildung der Störung. Durch nicht erfahrene innere Kontingenzen gerate die eigene Wahrnehmung des Selbst unter äußere Kontrolle. Weiterhin vermuten die Autoren einen möglichen Zusammenhang zwischen subjektiv wahrgenommener Abhängigkeit der Selbsterfahrung und sozialer Erwünschtheit.

Vom methodischen Blickwinkel ausgehend ist zu beanstanden, dass auch hier die klinische Gruppe relativ klein ist und keine anderen klinischen Gruppen in die Untersuchung mit einbezogen wurden. Interessant wäre der Vergleich mit anderen Persönlichkeitsstörungen und unabdingbar die Einbeziehung von reinen Achse I-Störungen, um zu prüfen, inwieweit der Fragebogen zwischen den einzelnen klinischen Störungsbildern differenziert und inwieweit sich Borderline-Patienten hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Beeinflussbarkeit durch Andere von anderen pathologischen Persönlichkeits- bzw. Achse I-Störungen unterscheiden.

Eine weitere Untersuchung, die sich ebenso wie die Studie von Kanter et al. (2001) mit dem Zusammenhang von subjektiv wahrgenommener Abhängigkeit und sozialer Erwünschtheit und der Selbstwahrnehmung bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beschäftigt, stammt von Hewitt et al. (1994). Hewitt et al. untersuchten in ihrer Studie den Zusammenhang zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und Perfektionismus anhand der Multidimensional Perfectionism Scale (Hewitt & Flett, 1991b). Den theoretischen Hintergrund der Untersuchung bildet die dreidimensionale Struktur des Perfektionismus-Konstrukts:

1. die Forderung an sich selbst, perfekt zu sein,
2. von Anderen Perfektion zu fordern und
3. der als soziale Forderung wahrgenommene Anspruch Anderer an die eigene Person, perfekt zu sein.

Die Untersuchung wurde an einer Borderline-Gruppe (N=13) sowie jeweils einer klinischen (N=13 Schizophrenie-Patienten) und einer nichtklinischen (N=13) alters-, geschlechts- und bildungsgematchten Kontrollgruppe durchgeführt.

Die Durchführung einer multifaktoriellen Varianzanalyse erbrachte folgende Ergebnisse:

- Nur der dritte Faktor, die Dimension des sozial vermittelten und wahrgenommenen

Perfektionsanspruches differenziert zwischen Borderline-Patienten und den beiden anderen Gruppen, nicht aber zwischen der Gruppe der Schizophrenie-Patienten und der nichtklinische Kontrollgruppe.

- Die Borderline-Gruppe erreicht signifikant höhere Werte als die beiden anderen Gruppen.

Auf der Grundlage des gefundenen Zusammenhangs zwischen dem Bestehen einer Borderline-Störung und der subjektiv wahrgenommene Forderung nach Perfektion diskutieren Hewitt et al. die Möglichkeit, dass die für Borderline-Patienten typische Aggressivität gegenüber Anderen als eine Reaktion auf die ungerechtfertigten bzw. unrealistischen Erwartungen Anderer und deren Standards anzusehen sei. Möglicherweise stelle dieser Zusammenhang zwischen Borderline-Störung und Perfektionsanspruch auch eine Ursache für Depression und erlernte Hilflosigkeit dar.

Einen methodischen Kritikpunkt an dieser Studie stellt sowohl die Auswahl der Stichproben als auch deren geringer Umfang dar. Es fehlt auch hier eine klinische Gruppe mit einer reinen Achse I-Störung.

2.2. Zusammenfassung und Diskussion der Studien zu Identitätsstörungen

Wenngleich die dargestellten empirischen Studien methodische Mängel aufweisen, die auch hier hauptsächlich mit kleinen Stichprobenumfängen und fehlenden klinischen Vergleichsgruppen zusammenhängen und die Replizierung sämtlicher Studien notwendig machen, sollen die in den Studien dokumentierten Spezifika der Borderline-Störung an dieser Stelle zusammenfassend dargestellt und diskutiert werden.

Wilkinson-Ryan & Westen (2000) konnten zeigen, dass sich Borderline-Patienten im Vergleich zu Patienten mit anderen psychopathologischen Krankheitsbildern durch Störungen in der Identitätsfindung auszeichnen. Die Störungen manifestieren sich in einer Überidentifikation mit Rollen und der Zugehörigkeit zu Extremgruppen, einem subjektiv empfundenen Mangel an Kohärenz, Inkonsistenzen in Beziehungen sowie bei der Verfolgung von Zielen und Werten, sowie mangelndem Engagement bei der Verfolgung eigener Ziele. Die Untersuchungen ergaben weiterhin, dass sich die Borderline-Gruppe im

Zusammenhang mit den gefundenen Identitätsstörungen in zwei Subtypen unterteilen lässt: die Borderline-Persönlichkeit vom emotional dysregulierten, dysphorischen Typ und die Borderline-Persönlichkeit vom histrionischen Typ.

Borderline-Patienten vom emotional dysregulierten, dysphorischen Typ leiden mehr an der fehlenden Kohärenz ihres Selbst und scheuen davor zurück, sich verantwortungsbewusst zu engagieren. Sie sind insbesondere nicht in der Lage selbstgesteckte, berufliche und private Ziele konsequent zu verfolgen. Im Gegensatz dazu tendieren Patienten vom histrionischen Typ insbesondere dazu, ausgefallenen Rollen zu übernehmen und sich Extremgruppen anzuschließen. Die Autoren vermuten, dass sie damit versuchen, die vorhandenen Inkongruenzen zu überspielen, die von Patienten dieses Borderline-Typs augenscheinlich nicht bewusst wahrgenommen werden, jedoch objektiv auch hier vorhanden sind.

In diesem Zusammenhang soll nochmals auf die im vorherigen Abschnitt vorgestellten Befunde von de Bonis et al. (1995) verwiesen werden. De Bonis et al. hatten herausgefunden, dass Borderline-Patienten sich in der Beschreibung ihres Selbstbildes klar von anderen Personen abgrenzen. Dieser Befund deckt sich mit dem von Wilkinson-Ryan & Westen herausgearbeiteten Charakteristikum von Borderline-Persönlichkeiten, nämlich der Notwendigkeit zur Übernahme einer extremen Rollen- und Gruppenidentität, durch die Borderliner ihr Selbstkonzept definieren.

Eine mögliche Erklärung für die Ursache der Identitätsdiffusion von Borderline-Patienten liefert die Untersuchung von Pollock et al. (2001), die mit Hilfe ihres Selbstbeurteilungs-Fragebogens zur Existenz verschiedener self-states nachweisen konnten, dass sich Borderline-Patienten von nichtklinischen Probanden und Patienten mit Dissoziativer Identitätsstörung durch die subjektive Wahrnehmung verschiedener Selbstzustände und einen dadurch vorhandenen Mangel an Kohärenz sowie einer Tendenz zur Fragmentierung des Selbst unterscheiden. Interessant sind an dieser Stelle auch die Befunde der Studie zur Dissoziativen Persönlichkeitsstörung. Patienten mit diesem Störungsbild zeigen eine noch ausgeprägtere dissoziative Symptomatik, berichten jedoch nicht über multiple Selbstzustände. Folgerichtig diskutieren die Autoren die Annahme, dass die Existenz multipler Selbst-Zustände nicht mehr bewusst reflektiert werden könne und verweisen auf ein mögliches Kontinuum von der Borderline-Störung hin zur dissoziativen Persönlichkeitsstörung. In dieses Kontinuum ließen sich auch problemlos die beiden von Wilkinson-Ryan & Westen definierten Borderline-Subtypen einordnen, wobei

der histrionische Typus der dissoziativen Störung näher stände, da auch hier, wie Wilkinson-Ryan & Westen zeigen konnten, die bestehenden Inkongruenzen nicht mehr bewusst wahrgenommen werden. Dieser Befund ähnelt der fehlenden Wahrnehmung multipler Selbstzustände von Personen mit Dissoziativer Persönlichkeitsstörung (Pollock et al., 2001).

Das für die Borderline-Persönlichkeit nicht nachvollziehbare Switchen zwischen den einzelnen Selbstzuständen könnte Borderline-Patienten dazu bringen, ihre Identität durch die Übernahme von Rollen und die Zugehörigkeit zu Gruppen zu definieren. Dadurch errichteten sie gleichwohl eine von außen kommende Identität, die sie vor der Wahrnehmung inkongruenter Selbstzustände schützt.

Das Vorhandensein dissoziativer Erfahrungen bei Borderline-Patienten wurde auch durch die Untersuchungen von Brunner et al. (2004) untermauert. Borderline-Patienten berichteten im Vergleich zur nichtklinischen Kontrollgruppe sowie Patienten des schizophrenen Formenkreises über das vermehrte Auftreten dissoziativer Phänomene, wie Depersonalisations- und Derealisationserfahrungen. Einen Zusammenhang zwischen Identitätsstörungen und einer dissoziativen Problematik bei Borderline-Patienten fanden auch Bohus et al. in ihrer 2001 durchgeführten Untersuchung zur Symptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Dass dissoziative Erfahrungen von Borderline-Patienten nicht nur verbunden sind mit Störungen der Identität sondern auch einen Zusammenhang aufweisen zur subjektiv wahrgenommenen Abhängigkeit von anderen Personen konnten Kanter et al. (2001) in ihrer Studie zeigen. Im Vergleich zur nichtklinischen Kontrollgruppe fühlten sich Borderline-Patienten in weitaus größerem Umfang durch andere Personen beeinflusst. Die subjektiv wahrgenommene Abhängigkeit im Denken und Fühlen sei dabei umso größer je enger die Beziehung zur jeweiligen Person ist. Eine Beeinflussung liege auch dann vor, wenn die Person nicht präsent ist, verstärke sich jedoch mit der Anwesenheit der entsprechenden Person

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Hewitt et al. (1994) in ihrer Untersuchung. Sie konnten in ihrer Studie zeigen, dass Borderline-Patienten das Gefühl haben, perfekt sein zu müssen, aber nicht, weil sie es selbst wollten, sondern weil sie es müssten. Hewitt et al. konnten zeigen, dass die Borderline-Persönlichkeit einen extrem hohen

Perfektionsanspruch verinnerlicht hat. Sie sei überzeugt, soziale Akzeptanz nur dann zu erreichen, wenn sie den hohen Anforderungen Anderer gerecht werde. Auch hier zeigt sich wie bei Kanter et al. (2001), dass sich die Borderline-Persönlichkeit selbst als abhängig und von außen beeinflusst erlebt.

Es scheint, als bestehe ein Zusammenhang zwischen dem Perfektionszwang der Borderline-Persönlichkeit (Hewitt et al., 1994), ihrer Abhängigkeit bei der Wahrnehmung des eigenen Selbst von Anderen (Kanter et al., 2001), der Tendenz zur Überidentifikation mit Rollen und Gruppen sowie fehlendem commitment (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000). Es scheint, als ermangele es der Borderline-Persönlichkeit an einem eigenen Selbst, einer eigenen Identität. Stattdessen scheint sie gezwungen, sich nach außen zu orientieren, um sich den Anschein einer eigenständigen Existenz zu geben.

Im Zusammenhang mit den hier dargestellten Befunden zur Borderline-Persönlichkeit sei an dieser Stelle an die Strategien erinnert, die Menschen nutzen, um bei aller Selbstkomplexität ein über Ort und Zeit hinweg kohärentes Selbstgefühl zu behalten. Durch eine beschränkte Zugänglichkeit zum Arbeitsselbst sind immer nur bestimmte Selbstaspekte aktiviert. Inkongruenzen bei der Wahrnehmung des eigenen Selbst werden dadurch vermieden. Auch selektives Erinnern dient der Vermeidung des Erkennens von Inkonsistenzen. Inkonsistentes Verhalten dagegen wird extern attribuiert. (Baumeister, 1998). Mit Hilfe dieser Strategien gelingt es Menschen, sich über die Zeit und in verschiedensten Situationen als einheitliche und ganze Person zu erleben und ein kohärentes Selbstkonzept aufrechtzuerhalten.

Alle diese Strategien, so scheint es, wenden auch Borderline-Patienten an. Die Argumentation könnte folgendermaßen lauten: durch den Mechanismus der Spaltung wird immer nur ein (konträrer) Selbstzustand im Arbeitsselbst aktiviert. Durch selektives Erinnern schützt sich die Borderline-Persönlichkeit vom histrionischen Typ vor der Wahrnehmung von Inkonsistenzen in Beziehungen, sowie bei der Verfolgung von Zielen und Werten (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000). Die bestehende Überidentifikation mit einer Rolle und die Zugehörigkeit von Borderline-Patienten zu Extremgruppen (Wilkinson-Ryan & Westen, 2000) wäre dadurch zu erklären, dass Personen ihr Selbstkonzept durch die Heraushebung einiger wesentlicher Merkmale charakterisieren, die über Situationen hinweg gleich bleiben und sie von andern unterscheiden (Markus, 1977).

An dieser Stelle sei abschließend nochmals die Frage gestellt, welcher Zusammenhang zwischen den beschränkt zugänglichen Selbstaspekten der kognitiven Selbstforschung (Markus & Wurf, 1987) und den durch Spaltung getrennt gehaltenen Selbstzuständen

(Gould et al, 1996, Pollock et al., 2001) besteht. Existiert ein Spektrum von Normal bis Pathologisch, von gesunder, hoher Selbstkomplexität über die durch Spaltung getrennt gehaltenen Selbst-Zuständen der Borderline-Persönlichkeit hin zur multiplen Persönlichkeit der dissoziativen Störung? Oder besteht, wie im vorherigen Abschnitt bereits vermutet, einen qualitativen Bruch und die Integration extrem gegensätzlicher Selbstzustände im Sinne Kernbergs bildet erst die Voraussetzung für die Erlangung einer gesunden Selbstkomplexität?

3. Selbstwert, Affekt und interpersonelle Beziehungen bei BPS

In diesem letzten Abschnitt sollen drei Studien vorgestellt werden, die im weitesten Sinne den Zusammenhang von Selbstwert, Affekt und interpersonellen Beziehungen bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung zum Thema haben.

3.1. Empirische Studien zum Selbstwert, Affekt und interpersonellen Beziehungen

Eines der im DSM-IV aufgeführten Kriterien zur Diagnostizierung einer Borderline-Störung lautet: "Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z.B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst), wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern" (Saß et al., 1996). In ihrer Studie aus dem Jahr 2003 untersuchten Tolpin et al., inwieweit Borderline-Eigenschaften einen Einfluss haben auf täglichen Beziehungsstress, Stimmungsschwankungen und Selbstwert. Die Daten wurden an einer Stichprobe von 296 College-StudentInnen (Erstsemester Psychologie, 60% weiblich) erhoben. Mittels Tagebuchaufzeichnungen wurden über einen Zeitraum von 14 Tagen täglich abends die Situationen dokumentiert, in denen die Probanden insbesondere Stress in Beziehungen erlebt hatten. Außerdem wurde die aktuelle Befindlichkeit und der Selbstwert erfasst. Die Borderline-Eigenschaften wurden mit vier Subskalen der Borderline Features Scale of the Personality Assessment Inventory (PAI-BOR; Meroy, 1991) zur Erfassung von Affektinstabilität, Identitätsproblemen, negative Beziehungen und Selbstverletzungen gemessen. Die tägliche Stimmung wurde mit Items der PANAS-X (Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form, Watson & Clark, 1994), der Selbstwert mit Items des

QSDF (Quick Self-Description Form, Butler et al., 1994) erfasst. Die Dokumentation der täglichen Stressoren erfolgte auch durch vorgegebene Items, die insbesondere Auseinandersetzungen und Konflikte mit Freunden, Partnern und Angehörigen zum Inhalt hatten. Die Tagebuchaufzeichnung erfolgte einmal täglich abends.

Die Durchführung einer Mehrebenenanalyse erbrachte folgende Ergebnisse:

- Es besteht ein Zusammenhang zwischen Borderline-features und der Frequenz täglich auftretender interpersoneller Stresssituationen.
- Schlechtere Stimmung und niedriger Selbstwert am Abend sind abhängig vom täglichen Stressniveau, aber unbeeinflusst von Borderline-Eigenschaften.
- Der Einfluss von Stimmung und Selbstwert des Vortages (carry-over) ist bei hohen Borderline-Werten gering, jedoch zeigt sich eine höhere Variabilität der Stimmung innerhalb eines Tages.

Die Befunde der Studie stützen die Annahmen bezüglich des Einflusses von Borderline-features auf Affektinstabilität und Selbstwertschwankungen mit einer entscheidenden Einschränkung: Borderline-features beeinflussen Stimmung und Selbstwert nicht direkt, sondern vermittelt durch ein höheres Level an täglichem Beziehungsstress.

Da Tolpin et al. ihre Untersuchung auf die Erfassung von Borderline-Features an einer nichtklinischen Stichprobe begrenzt haben, sind die Ergebnisse nicht auf das Vollbild einer klinischen Borderline-Erkrankung generalisierbar. Hier ist es notwendig, die Untersuchung unter Einbeziehung einer alters-, geschlechts- und bildungsgematchten Borderline-Gruppe sowie mindestens einer weiteren klinischen Vergleichsgruppe mit Achse I-Störung zu replizieren.

Mit einem ganz anderen Ansatz, aber vergleichbarem Ergebnis bezüglich des Erlebens interpersoneller Beziehungen führten Benjamin & Wonderlich (1994) eine Studie zum Verhältnis zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörung und Affektiven Störungen durch. Sie untersuchten die Frage, inwieweit sich Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung von Patienten mit affektiven Störungen hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung interpersoneller Beziehungen unterscheiden und inwieweit dem beispielsweise von Akiskal et al. (1985) und Akiskal (2000) vertretenen Ansatz, die

Borderline-Persönlichkeitsstörung in das Spektrum bipolarer Störungen einzuordnen, zuzustimmen sei. Benjamin & Wonderlich nutzten bei ihrer Untersuchung die von Benjamin (1974) entwickelte Strukturelle Analyse des Sozialen Verhaltens (SASB), ein auf der Interpersonellen Theorie (Sullivan, 1953) basierendes Circumplexmodell interpersonaler Beziehungen (IPC^{xii}) und deren intrapsychischer Repräsentationen. Circumplexmodelle reflektieren die Annahme der Interpersonellen Theorie, dass menschliches Erleben und Verhalten definiert werde durch zwei grundlegende menschliche Bedürfnisse, das Bedürfnis nach Kontrolle (*control*) und Zugehörigkeit (*affiliation*). Diese beiden Basismotivationen werden im Circumplexmodell durch orthogonale Achsen repräsentiert, zwischen denen ein zweidimensionaler, zirkulärer Raum entsteht. Dieser semantische Raum enthält Segmente, in denen sich menschliches Verhalten entlang der Achsen abbilden lässt. Das Modell von Benjamin stellt eine Weiterentwicklung des Circumplexmodells von Leary (1957) dar, da es neben der Darstellung der wahrgenommenen interpersonellen Beziehungen (*transitiv-focus on others, intransitiv-focus on self*) auch eine intrapsychische Komponente (*introjection*) enthält und somit auch Aussagen zum Selbstkonzept zulässt. Das Circumplexmodell von Benjamin & Wonderlich verfügt somit über drei eigenständige Circumplex-Oberflächen (*surfaces*) zur Darstellung der unterschiedlichen Aspekte von Beziehungen. Die horizontale Achse umfasst ebenso wie Leary's Modell die Dimension *affiliation* mit dem Gegensatzpaar *love* und *hate* als Achsenbeschreibungen, auf der vertikalen Achse, auf der die Dimension *control* abgebildet ist, sieht Benjamin jedoch nicht, wie Leary, *submission* als Gegensatz von *dominance*, sondern *autonomy*.

Benjamin & Wonderlich führten die Untersuchung an einer Borderline-Gruppe (N=31), einer Patientengruppe mit Major Depression (N=39) und einer Gruppe mit bipolarer affektiver Störung (N=13) durch. Außer eines Patienten der Borderline-Gruppe erfüllten alle Probanden die Kriterien einer Major Depression. Die Diagnostik basiert auf den entsprechenden DSM III-Kriterien. Die Probanden füllten neben dem IAS-R^{xiii} von Wiggins et al. (1988) den Selbstbeurteilungsfragenbogen zur Strukturellen Analyse sozialer Wahrnehmung (Benjamin, 1983) aus und beurteilten ihr subjektiv erinnertes Verhältnis zu den Eltern/Bezugspersonen im Alter von 5-10 Jahren, sowie ihre subjektiv wahrgenommenen Beziehungen zum Klinikpersonal und anderen Patienten während des Klinikaufenthalts. Weiterhin beurteilten sie ihr Verhältnis zu sich selbst. Dabei wurden vier verschiedene Perspektiven berücksichtigt: Erstens der wahrgenommene Focus der Anderen auf sich selbst, zweitens die wahrgenommenen Reaktionen der Anderen auf sich

selbst, drittens die eigene Wahrnehmung der Anderen, die eigene Reaktion auf die Anderen. Für jede Person/Beziehung wurden somit vier verschiedene Erlebnisqualitäten erhoben, deren individuellen Profile dann mit theoretischen Kurven der einzelnen interpersonellen Parameter verglichen wurden. Anhand der erhaltenen individuellen Muster-Koeffizienten (*individuell pattern coefficients*) lassen sich eindrucksvoll Konflikte und Widersprüche in interpersonellen Beziehungen ablesen.

Die Untersuchungen mit den IAS-R von Wiggins ergaben keine signifikanten Gruppenunterschiede, auf der Grundlage der Messungen mit den SASB-Rating Scales von Benjamin wurden folgende Befunde dokumentiert:

- Die Borderline-Gruppe unterscheidet sich signifikant von den beiden anderen Gruppen bezüglich wahrgenommener Feindseligkeit (*hostility*), wohingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen uni- und bipolarer Gruppen bestehen. Signifikante Unterschiede wurden dokumentiert in den Kategorien:
 1. Mutter attackiert mich.
 2. Mutter wird von mir zurückgestoßen.
 3. Ich attackiere Mutter.
 4. Ich werde von Mutter zurückgestoßen.
 5. Ich werde vom Klinikpersonal zurückgewiesen.
 6. Patienten attackieren mich.

- Bezüglich der wahrgenommenen Feindseligkeit sich selbst gegenüber (*introject attacks*) wurden keine signifikanten Unterschiede der Borderline-Gruppe gegenüber den anderen beiden Gruppen dokumentiert. Hier besteht ein signifikanter Unterschied zwischen Borderline-Gruppe und unipolarer Gruppe zur bipolaren Gruppe. Patienten der Borderline-Gruppe und Patienten mit unipolarer Depression empfinden sich selbst gegenüber Gefühle von Feindseligkeit, Aggression und Vernachlässigung.

- Signifikante Unterschiede zwischen der Borderline-Gruppe und den beiden anderen Gruppen bestehen auch hinsichtlich wahrgenommener Muster von Kontrolle (*control*) und Unterlegenheit (*submission*). Borderline-Patienten berichten über weniger wahrgenommene
 1. Selbstkontrolle,
 2. Kontrolle durch Mutter,

3. Unterwerfung der Mutter unter eigene Person,
4. Unterwerfung unter Mutter.

➤ Signifikante Unterschiede bestehen zwischen Borderline-Patienten und unipolar depressiven Patienten gegenüber der bipolaren Gruppe bezüglich wahrgenommener Unterwerfung sowohl des Klinikpersonals als auch der anderen Patienten unter die eigene Person. Borderline-Patienten und unipolar depressiven Patienten empfinden dabei weniger Unterwürfigkeit als die bipolare Gruppe. Im Gegensatz dazu empfinden sowohl Borderline- als auch bipolare Patienten signifikant mehr Kontrolle durch das Klinikpersonal.

Benjamin und Wonderlich diskutieren die Ergebnisse der Untersuchung als Hinweis darauf, dass sich Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung trotz ähnlichen Depressions-Levels von Patienten mit affektiven Störungen hinsichtlich ihrer interpersonellen Beziehungen unterscheiden. Die Befunde ließen darauf schließen, dass sich sehr früh wahrgenommene Beziehungsmuster, nämlich Feindseligkeit gegenüber und größere Unabhängigkeit von der Mutter, in späteren Beziehungen widerspiegeln und wiederholen, als auch durch Introjektion, Teil des eigenen Selbst geworden seien. Zwar ließen sich auf der Grundlage der Untersuchung keine Aussagen zu Temperamentsunterschieden zwischen Patienten mit Borderline-Störung und Patienten mit reinen affektiven Achse I-Störungen machen, aber hinsichtlich der Wahrnehmung interpersoneller Beziehungen widerlegten die Befunde der Studie die Annahme, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung dem bipolaren Spektrum affektiver Störungen zuzuordnen sei. Borderline-Patienten nähmen soziale Beziehungen anders wahr als Patienten mit bipolarer Störung. Hier steht die feindlich-unabhängige Wahrnehmung der Borderline-Patienten der nicht-feindlichen-interdependenten Wahrnehmung der bipolaren Gruppe nahezu diametral entgegengesetzt gegenüber. Benjamin geht hier von einem Primat der Störungen im interpersonellen Bereich als vorherrschender Ätiologie bei der Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aus. In diesem Zusammenhang verweisen Benjamin und Wonderlich auf die empirische Befunde zu psychischem und physischen Missbrauch in der Vorgeschichte von Borderline-Patienten und diskutieren diese als einen weiteren Unterschied zwischen der Gruppe der Borderline-Patienten und Patienten mit bipolaren Störungen.

Sowohl vom methodischen als auch vom inhaltlichen Standpunkt interessant erscheinen

die unterschiedlichen Untersuchungsergebnisse basierend auf den eingesetzten Messverfahren. Die Messungen mit den auf dem singulären Circumplexmodell von Leary (1957) basierenden IAS-R von Wiggins et al. (1988) erbrachten keine signifikanten Befunde, wohingegen die mit den SASB - Rating Scales von Benjamin (1983) erhobenen Daten in der Lage waren, zwischen den einzelnen Gruppen zu differenzieren. Benjamin & Wonderlich begründen die unterschiedlichen Ergebnisse damit, dass der IPC von Wiggins et al. allgemein Eigenschaften (*traits*) misst, und dadurch nicht in der Lage sei, den interpersonellen Aspekt zu berücksichtigen. Benjamin & Wonderlich verweisen an dieser Stelle auf Kernberg und argumentieren, dass eine Person mit Borderline-Persönlichkeitsstruktur natürlich über ausgesprochen aggressive/feindliche Beziehungsmuster und somit auch über diese Eigenschaft verfügt, aber nicht alle ihrer Beziehungen als feindlich anzusehen sind, sondern innerhalb der Beziehungen zu differenzieren sei. Eigenschaftsmessungen lassen diese entscheidende Komponente unberücksichtigt bzw. sind auf Grund ihrer Struktur dazu nicht in der Lage.

Methodisch verweisen Benjamin & Wonderlich auf die Notwendigkeit der Replizierung der Studie an größeren Stichproben sowie der Durchführung von Langzeituntersuchungen zur direkten Beobachtung und Messung des Interaktionsverhaltens von Borderline-Patienten im Vergleich mit anderen klinischen und nichtklinischen Kontrollgruppen sowie der Einbeziehung der Messung von Temperamentsunterschieden zwischen Borderline- und bipolaren Patienten.

Die folgende vorzustellende Studie beschäftigt sich weniger mit interpersonellen Beziehungen von Borderline-Patienten, sondern mit Fragen des Selbstwertgefühls von Borderline-Patienten und schlägt somit wieder die Brücke zur zuerst vorgestellten Studie von Tolpin et al (2003). Die Untersuchung zum Thema Selbstwertgefühl von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde im Rahmen der Diplomarbeit von Baumkötter & Schauen (2004) durchgeführt. Die Studie wurde in Form einer Fragebogenuntersuchung an einer Gruppe von Borderline-Patientinnen (N=18) und einer alters-, geschlechts- und ausbildungsgematchten nichtklinischen Kontrollgruppe über einen Zeitraum von vier Wochen durchgeführt.

Dabei wurden folgende Befunde realisiert:

- Das Selbstwertgefühl der Borderline-Gruppe ist im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant niedriger.

- Borderline-Patienten verfügen über eine signifikant niedrigere Selbstkonzeptklarheit als die Kontrollgruppe.
- Hinsichtlich der Selbstkonzeptquellen unterscheidet sich die Borderline-Gruppe von der Kontrollgruppe nur in zwei Bereichen. Familiäre Unterstützung erachten Borderline-Patienten als weniger wichtig für ihr Selbstwertgefühl, wohingegen die Anerkennung durch Andere vergleichsweise sehr hohen Stellenwert besitzt.
- Die Borderline-Gruppe zeigt signifikant stärkere tägliche Schwankungen sowohl im Zustands-Selbstwertgefühl als auch bezüglich des globalen Selbstwertgefühls.
- Das Niveau des Selbstwertgefühls blieb über den Untersuchungszeitraum konstant und zeigt sich unbeeinflusst von den ausgewiesenen täglichen Stimmungsschwankungen.
- Im Gegensatz zur Kontrollgruppe besteht bei der Borderline-Gruppe ein viel geringerer Zusammenhang zwischen globalem Selbstwertgefühl und Depression, erst beim zweiten Messzeitpunkt ist die Korrelation signifikant.

Um den Anteil der auftretenden depressiven Symptomatik an dem niedrigen Selbstwertgefühl der Borderline-Patientinnen zu untersuchen, weisen Baumkötter & Schauern auf die Notwendigkeit der Einbeziehung einer klinischen Kontrollgruppe mit depressiver Störung ohne Achse II-Störung hin.

3.2. Zusammenfassung und Diskussion der Studien zum Selbstwert, Affekt und interpersonellen Beziehungen

Wie in den vorhergehenden Abschnitten soll an dieser Stelle eine kurze Zusammenfassung der drei Studien gegeben und die Ergebnisse diskutiert werden.

Tolpin et al. (2003) fanden einen linearen Zusammenhang zwischen Borderline-features und der Anzahl täglich auftretender interpersoneller Stresssituationen als auch eine erhöhte Variabilität der Stimmung bei hohen Borderline-Werten. Die Befunde zur

Variabilität der Stimmung wurden durch die Untersuchungen von Baumkötter & Schauen (2004) bestätigt. Sowohl das globale als auch das Zustands-Selbstwertgefühl von Borderline-Patienten unterliegt starken täglichen Schwankungen. Das Niveau des Selbstwertgefühls zeigt sich unbeeinflusst von den ausgewiesenen täglichen Schwankungen auf einem konstant niedrigen Niveau (Baumkötter & Schauen, 2004). Der ausgewiesene Selbstwert des Vortags hat keinen Einfluss auf das Selbstwertniveau des nachfolgenden Tages, jedoch sind schlechtere Stimmung und niedriger Selbstwert am Abend abhängig vom Level des täglichen Beziehungsstressses. (Tolpin et al., 2003). Des Weiteren verfügen Borderline-Patienten über eine niedrigere Selbstkonzeptklarheit. Hinsichtlich der Selbstkonzeptquellen erachten Borderline-Patienten familiäre Unterstützung als weniger wichtig für ihr Selbstwertgefühl, wohingegen die Anerkennung durch Andere einen vergleichsweise sehr hohen Stellenwert besitzt (Baumkötter & Schauen, 2004). Nicht eindeutig erscheinen die Befunde zum Zusammenhang von Selbstwertgefühl und Depression (Baumkötter & Schauen, 2004).

Der von Tolpin et al. (2003) untersuchte Zusammenhang zwischen interpersonellen Beziehungen und Affekt war auch Thema der Studie von Benjamin & Wonderlich (1994). Benjamin & Wonderlich konnten zeigen, dass sich Borderline-Patienten trotz gleich hoher Werte in Depression von Patienten mit uni- und bipolarer Störung ohne Achse II-Diagnose hinsichtlich der Wahrnehmung ihrer interpersonellen Beziehungen unterscheiden. Borderline-Patienten berichten über eine durch Aggressivität und Feindseligkeit gekennzeichnete Beziehung zu ihrer Mutter/ersten Bezugsperson und nehmen sich selbst als vom Klinikpersonal zurückgewiesen und von anderen Patienten attackiert wahr. Weiterhin berichten sie über weniger Kontrolle durch die Mutter, sowie weniger Bezogenheit zwischen Mutter und ihnen während der Kindheit. Heute sehen sie sich selbst als unter weniger Selbstkontrolle stehend.

Bei dem Versuch, die Studien in einen Zusammenhang zu bringen und insbesondere unter Hinzuziehung der Ergebnisse der Studie von de Bonis et al. (1995) stellt sich die Frage nach dem Verhältnis zwischen der hohen Variabilität von Selbstwert und Affekt einerseits und dem anhaltend niedrige Niveau des Selbstwerts und hoher Depressivität bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es scheint, und das bestätigen die vorsichtigen Befunde von Tolpin et al. (2003), Benjamin & Wonderlich (1994) sowie de Bonis et al. (1995), dass einerseits ein Zusammenhang besteht zwischen der Variabilität von Selbstwert und Affekt und täglich erlebtem hohem Stress in interpersonellen Beziehungen. Andererseits scheint kein direkter Zusammenhang zwischen dem niedrigen

globalen Selbstwertgefühl bei Borderline-Patienten und der Variabilität von Selbstwert und Affekt zu bestehen. Auch die Frage der hohen Depressivität bei Borderline-Patienten scheint unklar, da unterschiedliche Befunde diskutiert werden. Der Zusammenhang zwischen Depressivität und niedrigem Selbstwert (de Bonis et al., 1995) wurde von Baumkötter und Schauen (2004) nicht bestätigt. Auch die Ergebnisse der Studie von Benjamin und Wonderlich (1995) werfen die Frage auf, inwieweit die Depressivität von Borderline-Patienten und Patienten mit affektiven Störungen ohne Achse II-Diagnose auf dieselben Ursachen zurückzuführen sind. Dazu, wie zur Aufhellung der vielen anderen, die Borderline-Störung betreffenden Themen bedarf es einer weiteren intensiven empirischen Forschungstätigkeit.

V. Schluss

Diese Arbeit versteht sich als ein Versuch, das in Konzepten und Theorien kristallisierte und aus der Behandlung unzähliger Patienten mit psychopathologischen Störungen resultierende Erfahrungswissen psychoanalytisch arbeitender Psychiater und Therapeuten den Ergebnissen moderner empirischer Forschung zum Thema Selbstkonzept bei Borderline gegenüberzustellen und zu vergleichen. Auf der einen Seite finden sich schlüssige und wohldurchdachte Konzepte der unterschiedlichen psychoanalytischen Schulen, denen jedoch bisher die empirische Unterstützung fehlt. Auf der anderen Seite gibt es einige wenige empirische Studien zum Thema, die ein noch ungenaues und lückenhaftes Bild vom Selbstkonzept der Borderline-Persönlichkeit zeichnen. Ausgehend von dieser Befundlage erscheint es sinnvoll und wichtig, beide Forschungsrichtungen zu verbinden und Schritt für Schritt das umfangreiche Wissen der mit den Menschen arbeitenden Psychiater, Therapeuten und Psychologen einer empirischen Validierung zu unterziehen und die Annahmen entweder zu bestätigen oder auf der Suche nach neuen Ansätzen zu verwerfen.

Mit der vorliegenden Arbeit ist ein Schritt in diese Richtung gegangen worden. Auf Grund der Fülle des vorliegenden Materials war es leider nicht möglich, jeden einzelnen theoretischen Ansatz, jede Methode, jedes Konstrukt bis in alle Einzelheiten zu erörtern. Diese Einschränkung bezieht sich in erster Linie auf die Besprechung der empirischen Studien, da jede einzelne dieser Untersuchungen auf anderen theoretischer Konzeptionen basiert und mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen gearbeitet wurde. Die Entwicklung und Vertiefung der Forschungstätigkeit erfordert sowohl eine intensive Auseinandersetzung mit den vorliegenden theoretischen Konstrukten als auch die Suche nach geeigneten Methoden und Operationalisierungen der Konstrukte, die in der Lage sind, aussagekräftige und vor allem vergleichbare empirische Ergebnisse zu erzeugen.

Im Fokus zukünftiger Forschung werden Untersuchungen zur Struktur des Selbstkonzept bei Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stehen. Als zentraler Punkt für die Intensivierung der Forschung erweist sich auch hier die Notwendigkeit der Suche nach geeigneten Methoden. In diesem Zusammenhang sei nochmals auf die Studie von Campell et al. (2003) verwiesen, die einzelne Methoden zur Erforschung von Aspekten der Selbststruktur einer vergleichenden Untersuchung unterzieht. Campell et al. betonen die

Wichtigkeit, die beiden, der Selbststruktur zugrundeliegenden Strukturelemente, mit vergleichbaren Methoden zu untersuchen. Komplexität (*pluralism, differentiation*) und Integration (*unity*) des Selbstkonzepts existierten zwar unabhängig voneinander, ständen aber in einer engen Wechselbeziehung zueinander und definierten den Charakter der Selbststruktur. Die Beantwortung vieler Fragen zum Thema Selbststruktur erfordere deshalb eine gleichzeitige Untersuchung beider Strukturmerkmale und deren Interaktionseffekte. Ein weiterer wichtiger Punkt, auf dessen Relevanz Campell et al. hinweisen, ist das Verhältnis von Struktur und Inhalt des Selbstkonzepts. Eine mechanistische Untersuchung der Strukturen ohne Berücksichtigung der Inhalte des Selbstkonzepts habe sich als wenig fruchtbringend erwiesen. Der zu beschreitende Weg sei kompliziert und insbesondere methodisch anspruchsvoll, unterschieden sich doch die Inhalte des Selbstkonzepts von Individuum zu Individuum, aber nur durch die Einbeziehung der charakteristischen persönlichen Wissensstruktur jedes einzelnen zu untersuchenden Individuums könnten aussagekräftige Ergebnisse erbracht werden. Diese Erfahrung ist auch Bestandteil der Studie von Showers (1994), die in ihrer Untersuchung zum Verhältnis von compartmentalisation zu Selbstwert und Depression einige relevante Ergebnisse erst nachweisen konnte, nachdem die Liste der verfügbaren Adjektive um eine Anzahl verschiedener, depressive Zustände charakterisierender traits erweitert wurde. Campell et al. (2003) konstatieren zusammenfassend: "To gain a more precise understanding, it will be necessary to classify more completely the sources of variance that underlie measures of structure (beyond pluralism and unity), construct more comparable measures of self-concept pluralism and self-concept unity, and examine the main and interactive effects of the content and structure of the self-concept on psychological adjustment." (Campell et al., 2003, p. 137).

Ein weiterer Punkt, der an dieser Stelle unbedingt noch angesprochen werden muss, ist die Notwendigkeit der Untersuchung sowohl expliziter als auch impliziter, zum Selbstkonzept gehörender Persönlichkeitsmaße. In der Literatur wird das Vorliegen zweier unterschiedlicher Modi der Informationsverarbeitung diskutiert. Es wird davon ausgegangen, dass der implizite Modus charakterisiert ist durch unbewußte, automatisch ablaufende und intuitive Prozesse der Informationsverarbeitung. Im Gegensatz dazu zeichnet sich der explizite Modus durch eine bewußte, kontrollierte und reflektierte Verarbeitung von Informationen aus. Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass auf der Grundlage der im impliziten Modus verfügbaren Wissensstruktur spontanes, automatisch ablaufendes, nicht kontrollierbares Verhalten getriggert wird, wohingegen der explizite

Modus kontrolliertes und reflektiertes Verhalten generiert (Asendorpf et al.2002). Diese Feststellung ist von besonderer Bedeutung bei der Untersuchung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, da hier anzunehmen ist, dass die Ursache der Störung in nicht kontrollierbarem, spontan ablaufendem, der Selbstreflexion nicht zugänglichem Verhalten zu suchen ist. Es wird weiterhin angenommen, dass das chaotische Verhalten der Borderline-Persönlichkeit zurückzuführen ist auf frühe, aus der Kindheit stammende Erfahrungen, die einer bewußten Reflexion und Kontrolle nicht zugänglich sind, da im impliziten Modus abgespeichert. Gesprochen wird von mangelnder Symbolisierungsfähigkeit, fehlender Selbstreflexion oder Mentalisierungsproblemen von Borderline-Patienten. Hinzu kommt, dass das Selbst der Borderline-Persönlichkeit nicht aus einer integrierten Einheit besteht, sondern nach Kernberg aus gegensätzlichen, voneinander abgespaltenen Selbstrepräsentanzen, die, verbunden mit konträren Affekten, Kognitionen und Handlungsdispositionen, die Ursache bildeten für Identitätsstörungen, Beziehungsprobleme, Affektschwankungen, selbstschädigendes Verhalten etc. Die abwechselnde Aktivierung einer der beiden gegensätzlichen Repräsentanzen sei verantwortlich für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Um all diese komplexen Zusammenhänge empirisch zu untersuchen, ist es notwendig, sowohl Messmethoden zur expliziten als auch zur impliziten Messung von Parametern des Persönlichkeitskonstrukts anzuwenden. Dabei geht es vor allem um die Erfassung individueller Persönlichkeitsmerkmale als Ausdruck des Selbstkonzepts sowie um die Messung des expliziten und impliziten Selbstwertgefühls. Methoden zur impliziten Messung von Parametern liegen mit der Priming-Technik sowie dem Impliziten Assoziationstest (IAT) vor. Es ist vorstellbar, dass die Anwendung beider Methoden bei der Untersuchung der Borderline-Persönlichkeitsstörung interessante Ergebnisse generiert und auch die Möglichkeit eröffnet, Aufschluss zu erhalten über den Ablauf kognitiver Informationsverarbeitungsprozesse im menschlichen Denken allgemein. Neben der Messung expliziter und impliziter Parameter erscheint es ebenso notwendig, umfangreiche Langzeitstudien zur Beobachtung offenen Verhaltens von Borderline-Patienten durchzuführen. Ziel dieser Studien sollte zum einen die Untersuchung des oben beschriebenen Zusammenhanges zwischen kognitiver Selbststruktur und Verhalten sein, zum anderen sollten diese Studien Aufschluss geben über die Spezifika des Verhaltens von Borderline-Patienten. Dabei geht es insbesondere um die Prüfung der theoretische Annahme, dass die Spaltung in extrem gute und schlechte Selbst- und

Objektrepräsentanzen sich in unterschiedlichem Verhalten von Borderline-Patienten gegenüber verschiedenen Personen(-gruppen) bzw. situativ gebunden, äußert.

Ein letzter Punkt, der bisher wenig Beachtung erfahren hat, aber zentral für das Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung und auch anderer Persönlichkeitsstörungen zu sein scheint, ist die Frage nach der Bewußtheit und, damit zusammenhängend, der Möglichkeit zur Reflexion und Kontrolle von Affektzuständen. Kernberg betont in seinen theoretischen Arbeiten immer den Zusammenhang zwischen introjizierten Selbst- und Objektrepräsentanz und einer dazugehörenden affektiven Komponente. Das Ziel der Therapie von Borderline-Patienten besteht bei Kernberg darin, dem Patienten zu helfen, "... durch ein vertieftes Selbstverständnis seine *Gefühle*, sein *Denken* und *Verhalten* in weiterem Umfang unter den Einfluss seines *bewußten* Ichs zu bringen" (Kernberg, 1996, S. 227). Ausgehend von diesen Annahmen und insbesondere den Aussagen zum Übertragungsgeschehen innerhalb der Therapie von Borderline-Patienten sowie einigen der hier dargestellten Befunde beispielsweise zur Existenz verschiedenen self-states (Pollock et al., 2001) sowie zur Affektinstabilität bei Borderline-Patienten (Stein, 1995; Tolpin et al., 2004; Baumkötter & Schauen, 2004) stellt sich die Frage nach der Bewußtheit affektiver Zustände. Diesem Gesichtspunkt ist in den bisherigen empirischen Arbeiten kaum Beachtung geschenkt worden, auch ging die Emotionsforschung bis vor kurzem noch davon aus, dass Gefühle, Emotionen, Affekte immer an eine bewußte Wahrnehmung gekoppelt sind. Erst in jüngster Zeit beschäftigen sich empirische Untersuchungen mit der Frage unbewußter Emotionen und deren Einfluss auf Bewertungsprozesse und Verhalten (Berridge & Winkielman, 2003; Schimmack & Crites, 2004). Die Untersuchung und Beantwortung der Fragen zur Existenz unbewußter Affekte, verbunden mit unbewußten Kognitionen und, davon abgeleitet, Handlungsdispositionen bei der Borderline-Persönlichkeit scheint eines der Schlüsselthemen bei der weiteren Erforschung der Borderline-Problematik zu sein.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne andere als die hier angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

i Anmerkungen

I. Einleitung

Genutzt wurden die Datenbanken PsycINFO, MedLINE sowie die Psychology and Behavioral Sciences Collection.

II. Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen - Versuch einer Annäherung

¹ Als Experte gilt, wer mindestens einen wissenschaftlichen Artikel zum Thema Persönlichkeitsstörungen in einem der einschlägigen Fachzeitschriften veröffentlicht hat. Die Suche erfolgte über Datenbanken im World Wide Web.

ⁱⁱ DIB-R: Revised Diagnostic Interview for Borderliners (Zanarini et al., 1989); PAI: Personality Assessment Inventory (Morey, 1991)

ⁱⁱⁱ PAI-BOR: Personality Assessment Inventory-Borderline Features scale (Morey, 1991)

^{iv} Cloninger postuliert drei Temperamentsdimensionen: Neugierverhalten, Schadensvermeidung und Belohnungsabhängigkeit, sowie drei Charakterdimensionen: Selbstlenkungsfähigkeit, Kooperativität und Selbsttranzendenz. Für die Borderline-PS geht Cloninger von hohem Neugierverhalten und Schadensvermeidung sowie niedriger Belohnungsabhängigkeit aus; alle Persönlichkeitsstörungen zeichneten sich durch geringe Selbstlenkungsfähigkeit und Kooperativität aus.

^v Achse I-Störungen: Depression und Angststörungen, Alkoholmissbrauch und-
abhängigkeit, Achse II-Störungen: antisoziale PS und selbstunsichere/dependente PS.

III. Psychodynamische Konzepte zur Borderline - Persönlichkeitsstörung

¹ Freud spricht vom Ich als einer Instanz, der eine Fülle von Aufgaben bei der Vermittlung zwischen den Anforderungen des ES, des Über-ICH und der Realität zukommen und

welches größtenteils unbewußt sei. Freud selbst unterschied nicht zwischen ICH und Selbst.

² Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

³ Das "Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation" wurde von 1952-54 an der Menninger Klinik in Topeka durchgeführt und hatte zum Ziel, die Wirksamkeit verschiedener psychodynamisch orientierten Behandlungstechniken zu untersuchen. Die Untersuchungen wurden mittels diagnostischer Testverfahren, Interviews und projektiver Tests durchgeführt. (Wallerstein, 1989)

⁴ Mahler (1979) und Mahler et al. (1975) betrachteten die Phase der Separation/Individuation als den auf die Phase der Symbiose folgenden Entwicklungsprozess des Kleinkindes, der zwischen dem 5. und 36. Monat liege und in vier Subphasen unterteilt sei. In der ersten Subphase der Differenzierung komme es insbesondere auf der Grundlage des erweiterten Aktionsradius' des Kindes zur Beendigung der symbiotischen Fixierung des Kindes auf die Mutter und zur Hinwendung zu den Objekten. In der darauffolgenden Phase, die einhergehe mit dem Laufenlernen, entferne sich das Kind weiter von der Mutter und explore die Umwelt. In der dritten Phase, der Wiederannäherungskrise, komme es auf Grund der kognitiven Fortschritte des Kindes und der Erkenntnis seiner "Kleinheit" in der Welt zu einem Zusammenbruch der vorher vorherrschenden Omnipotenzgefühle, und somit zu einer erneuten Annäherung an die Mutter, die jedoch von einer großen Ambivalenz gekennzeichnet sei. Diese Ambivalenz resultiere einerseits aus dem Wunsch nach Wiederannäherung an die Mutter bei gleichzeitiger Angst vor Verschmelzung und Verlust der bereits erlangten Autonomie. Dieses konflikthafte Verhalten fordere von den Eltern erhöhte Toleranz und Aufmerksamkeit. Eine schlecht durchlaufene Wiederannäherungsphase führe zum Auftreten von Ambivalenzkonflikten und einer mangelhaften Integration von Selbst- und Objektrepräsentanzen. Ein gelungenes Durchlaufen der Wiederannäherungsphase führe dann in der vierten Subphase zur Errichtung libidinös gefärbter Selbst- und Objektkonstanz. (Dornes, 2000)

⁵ Zu den Funktionen des ICH gehören u.a. Wahrnehmung, Gedächtnis, Erinnern etc. Derzeit werden in der Literatur 12 verschiedene ICH-Funktionen benannt mit insgesamt 32 Subfunktionen. Die Beschreibung der Funktionen des ICH und derzeitige Versuche diese auch testpsychologisch zu erfassen, dient der Differenzierung und besseren Beschreibung

des globalen ICH-Konstrukts. (Seidler, 2000)

^{vi} Kernberg unterscheidet nicht ausdrücklich zwischen den Termini Selbst und Selbstkonzept, sondern benutzt diese oft synonym, ohne sie per Definition voneinander abzugrenzen. Er spricht beispielsweise von der Integration des Selbstkonzepts und der Erreichung der Objektkonstanz, wobei er die Synthese gegensätzlicher innerer Repräsentanten von Selbst und Objekt meint. Ein integriertes Selbstkonzept oder Selbstbild in Verbindung mit integrierten Objektrepräsentanzen bildet für Kernberg im weitesten Sinne die ICH-Identität.

^{vii} Gemeint ist hiermit der Circulus vitiosus der Projektion aggressiver Anteile auf andere Personen und der anschließenden Reintrojektion aggressiv aufgeladener Objekt- und Selbstanteile.

^{viii}

Weaver et al. (2004) konnten in Tierexperimenten erstmals nachweisen, dass frühe Umwelterfahrungen (Bemutterung) nicht nur Änderungen auf der Verhaltensebene nach sich ziehen, sondern dauerhafte Veränderungen im Gengut bewirken.

^{ix} Persönlichkeitsstörungen wurden hier operationalisiert durch das Borderline-Persönlichkeits-Inventar, BPI von Leichsenring (1997), einem im deutschen Sprachraum gebräuchlichen Instrument zur Erfassung persönlichkeitsstruktureller Merkmale.

IV. Empirische Studien zum Selbstkonzept bei BPS

¹ Stein selbst ist Assistenz-Professorin an der School of Nursing, Universität Michigan.

² Jede Versuchsperson erhält eine Anzahl leerer Karten, auf die sie jeweils eine Eigenschaft notiert, die sie sich selbst zuschreibt. Das Ziel besteht darin, alle Selbstattribuierungen der Person zu erfassen; es steht ausreichend Zeit zur Verfügung. In einem zweiten Schritt wird die Versuchsperson aufgefordert, jedes einzelne Attribut zu prüfen, inwieweit es mit anderen Eigenschaften zusammenhängt. Die Versuchsperson entscheidet, welche anderen Attribute sich durch die Änderung oder den Wegfall eines

bestimmten Attributes gleichermaßen verändern würden. Die Ergebnisse werden in einer Matrix dargestellt.

³ Campell (2003) verwendet verschiedene Maße zur Messung von unity, u.a. die mittlere Korrelation der Attribute über die einzelnen Selbstaspekte.

⁴ In diesem Fall handelt es sich bei den signifikanten Anderen um Familienmitglieder der Versuchspersonen. De Bonis et al. betonen die Notwendigkeit, spätere Untersuchungen auch auf andere Personen des persönlichen Umfeld, wie enge Freunde etc. auszudehnen.

⁵ Jede Versuchsperson wählt aus einer vorher erstellten Liste neun ihr nahe stehende Personen aus, fügt die eigene Person hinzu und formuliert eine saliente, die Person charakterisierende Eigenschaft in Form eines Adjektivs oder Nomens oder auch eines Satzes oder einer Wortgruppe. Die Liste der resultierenden zehn Eigenschaftsbeschreibungen wird von der Versuchsperson um zehn weitere Beschreibungen bzw. Attribute ergänzt, die den bisher beschriebenen genau entgegengesetzt sind. Anschließend werden alle von der Versuchsperson benannten Personen, einschließlich der eigenen Person dahingehend bewertet, ob sie diese Eigenschaft besitzen oder nicht, so dass eine dichotome Bewertungsmatrix für alle Personen entsteht.

⁶ Zusätzlich zu dem, bereits in der ersten Studie von de Bonis beschriebenen Prozedere werden hier alle benannten Eigenschaften aller Versuchspersonen von unabhängigen Beobachtern, die denselben kulturellen Hintergrund wie die Versuchspersonen aufweisen, auf einer fünfstufigen Skala entsprechend ihrer affektiven Valenz von "sehr negativ" bis "sehr positiv" bewertet. Der entsprechende Wert der Eigenschaft wird in die Matrix übertragen. Es ergeben sich somit vier verschiedene Indices, zwei Indices zur Bewertung des Selbst und der signifikanten Anderen bezüglich ihrer affektiven Valenz auf einer positiv-negativ-Achse (Mittelwert der Valenz-Level); zum anderen zwei Indices für den Grad der Gegensätzlichkeit innerhalb der Bewertung des Selbst (Standardabweichung der Valenzen) und der Anderen (Mittelwert der Standardabweichungen der Valenzen der Anderen).

⁷ Die Diagnostik der Major Depression erfolgte auf der Grundlage des DSM-III-R. Fünf der Patienten mit einer Major Depression hatten keine Achse II-Störung; vier Patienten

erhielten zusätzlich die Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung, drei die Diagnose einer abhängigen Persönlichkeitsstörung und ein Patient eine nicht näher diagnostizierte, unspezifische Persönlichkeitsstörung.

⁸ Alle klinischen Probanden erhielten eine Medikation mit Antidepressiva und/oder Benzodiazepinen.

⁹ Showers führte insgesamt 3 Studien durch. Die erste Studie wurde an einer Gruppe von 82 Collegestudenten durchgeführt, die zweite Studie an einer Gruppe von 49 Collegestudenten, die weder depressiv waren noch eine depressive Tendenz aufwiesen und 41 depressive Studenten mit depressiver Tendenz, die aus einer Stichprobe von 1037 Collegestudenten geschlechtsgematcht mittels Screeningverfahren herausgefiltert wurden. Als Screeningverfahren fungierten das Depression Proneness Inventory (DIP) sowie Beck's Depression Inventory (BDI). Die dritte Stichprobe bestand aus 41 nicht-depressiven Collegestudenten ohne depressive Neigung und 36 depressiven Studenten mit depressiver Tendenz.

^x Das Dogmatismuskonstrukt geht zurück auf die durch das Frankfurter Institut für Sozialforschung bereits in den 30er Jahren begonnenen Forschungen zum Autoritarismus und Antisemitismus sowie die Untersuchungen Adornos zur autoritären Persönlichkeit und die Entwicklung der California F-Scale. Wegen vieler Kritikpunkte am einseitigen Konzept erfolgte die Entwicklung balancierter Dogmatismus-Skalen. Diese sind eng assoziiert mit Konservatismus und rechter Orientierung (Christie, R. (1991). In der Studie erfolgt keine Aussage darüber, welche der Skalen verwendet worden ist.

^{xi} Das Modell der Kognitiven-Analytischen Therapie beschreibt hier den gleichen Internalisierungsprozess wie Kernberg. Der Unterschied zur Objektbeziehungstheorie besteht in der Vernachlässigung der Triebtheorie und einer Orientierung an den Erkenntnissen der Kognitionspsychologie und der Bindungsforschung.

^{xii} Interpersonal Circumplex

^{xiii} IAS-R: Der Interpersonal Adjective Scales-Revised von Wiggins, Trapnell & Phillips, 1988 ist ein Fragebogen zur Erfassung von Eigenschaften, die in einem einzelnen, gut validierten Circumplexmodell in acht Segmenten abgebildet werden. Die horizontale Achse

umfasst die Ausprägungen *love* und *hate*, die vertikale Achse *dominance* und *submission*.

Literatur

Ainsworth, M.D.S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant - mother relationship. *Child Development*, 40, 969-1025.

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, New York: Erlbaum.

Akiskal, H.S. (1981). Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. *The Psychiatric Clinics of North America*, 4, 25-46.

Akiskal, H.S. (2000). Die Borderline-Persönlichkeit: affektive Grundlagen, Symptome und Syndrome. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 259-268). Stuttgart: Schattauer.

Akiskal, H.S., Chen, S.E., Davis, G.C., Puzantian, V.R., Kashgarian, M. & Bollinger, J.M. (1985). Borderline: An adjective in search of a noun. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 41-48.

Altrocchi, J., Mc Reynolds, P. (1997). The self-pluralism scale: a measure of psychological variability. In *Obesity Assessment: Tools, Methods, Interpretations. A Reference case: the Reno Diet-Heart Study*. Chapman and Hall: New York, 420-424.

Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass: San Francisco.

Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1998). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.

Asendorpf, J. B. (2004). *Psychologie der Persönlichkeit* (3. Aufl.). Berlin: Springer Verlag.

Asendorpf, J. B., Banse, R. & Mücke, D. (2002). Double Dissoziation Between Implicit and Explicit Personality Self-Concept: The Case of Shy Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 83 (2), 380-393.

Axelrod, S.R., Widiger, T.A., Trull, T.J., Corbitt, E.M. (1997). Relations of Five-Factor Model antagonism facets with personality disorder symptomatology. *Journal of Personality Assessment*. Vol 69(2), 297-313.

Bannister, D. (1960). Conceptual structure in thought disordered schizophrenia. *Journal of Mental Science*, 106, 1230-1249.

Bannister, D. & Fransella, F. (1966). A grid test of schizophrenic thought disorder. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 95-102.

Barnow, S., Rüge, J., Spitzer, C. & Freyberger, H.-J. (2004). Temperament und Charakter bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Der Nervenarzt*, Online publiziert: 23.September 2004.

Bateman, A. W., Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol. 67 (3), 187-212.

Baumeister, R. F. (1998). The self. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske & G. Lindzey (Eds.). *The Handbook of Social Psychology* (Vol. 1, 4th ed., pp. 680-740). New York: Mc Graw-Hill.

Baumkötter, B. & Schauen, S. (2004). Vergleich des Selbstwertgefühls bei Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einer Kontrollgruppe anhand einer Kurzzeitmessung. *Unveröffentlichte Diplomarbeit, eingereicht an der Freien Universität zu Berlin*. 1-186.

Beck, A.T., Steer, R.A., Epstein, N. & Brown, G. (1990). Beck self-concept test. *Psychological Assessment*. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2, 191-197.

Benjamin, L.S. (1974). Structural Analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.

Benjamin, L.S. (1983). *The Intrex user's manual, Parts I and II*. (Available from Intrex

Interpersonal Institute, P.O.Box 581037, Salt Lake City, Utah 84158).

Benjamin, L.S. & Wonderlich, S.A. (1994). Social Perceptions and Borderline Personality Disorder: The Relation to Mood Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (4), 610-624.

Bernstein, E., Putnam, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.

Berridge, K.C. & Winkielman, P. (2003) What is an unconscious emotion? *Cognition and Emotion*, 17 (2), 181-211.

Bleuler, E. (1922). Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 78,375.

Bohus, M., Limberger, M.F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. Stieglitz, R. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, Vol 51(5), 201-211.

Bohus, M. & Berger, M. (1996). Die Dialektisch-Behaviorale Therapie nach Marsha Linehan. *Der Nervenarzt*, 67, 911-923.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol.1. Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol.2. Separation: Anxiety, and Anger*. New York: Basic Books.

Bracken, B.A., Bunch, S., Keith, P.B. (2000). Child and Adolescent Multidimensional Self-Concept: A Five-Instrument Factor Analysis. *Psychology in the Schools*, Vol 37 (6), 483-493.

Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. In JD. Osofsky (Hrsg.), *Handbook of infant development*.

New York: Wiley.

Brunner, R., Parzer, P., Schmitt, R. & Resch, F. (2004). Dissociative Symptoms in Schizophrenia: A Comparative Analysis of Patients with Borderline Personality Disorder and Healthy Controls. *Psychopathology*, 37, 281-284.

Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science. A multiple code theory*. New York London: Guilford Press.

Butler, A. C., Hokanson, J.E. & Flynn, H.A. (1994). A comparison of self-esteem lability and low trait self-esteem as vulnerability factors for depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 788-798.

Campbell, J.D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 538-549.

Campbell, J.D., Assanand, S. & Di Paula, A. (2003). The Structure of the Self-Concept and Its Relation to Psychological Adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 115-140.

Christie, R. (1991). Authoritarianism and related constructs. In Robinson, J.P., Shaver, P.R. & Wrightsman, *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego: Academic Press.

Clarkin, J.F., Hull, J.W., Hurt, S.W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*. Vol 7(2), 137-143.

Cloninger, C.R., Svrakic, D.M. & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Ach Gen Psychiatry*, 50, 975-990.

Cohen, B.D. & Gara, M.A. (1992). Self-structure in borderline personality disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 62(4), 618-625.

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

de Bonis, M., De Boeck, P., Lida-Pulik, H., Feline, A. (1995). Identity disturbances and self-other differentiation in schizophrenics, borderlines, and normal controls. *Comprehensive Psychiatry*, Vol 36(5), 362-366.

de Bonis, M., De Boeck, P., Lida-Pulik, H., Hourtane, M., Feline, A. (1998). Self-concept and mood: A comparative study between depressed patients with and without borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorder*, Vol 48 (1-3), 191-197.

Deusinger, I. (1986). *Die Frankfurter Selbstkonzept-Skalen (FSKN)*. Göttingen: Hogrefe.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.

Dornes, M. (2002). Individuation. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 306-309). Stuttgart: Kohlhammer.

Dulz, B. (2000). Der Formenkreis der Borderline-Störungen: Versuch einer deskriptiven Systematik. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 57-72). Stuttgart: Schattauer.

Dulz, B. & Jensen, M. (2000). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 167-193). Stuttgart: Schattauer.

Ferenczi, S. (1933, 1982). Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. In: *Schriften zur Psychoanalyse*. Bd. II. Frankfurt: Fischer.

Fiedler, P. (2001). *Persönlichkeitsstörungen*. Weinheim: Beltz.

Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J.G., Bateman, A.W. (2003). The Development

Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and Some Evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, Vol.23 (3), 412-450.

Goethe, J.W. *Faust. Eine Tragödie*. Hamburg: Gutenberg Verlag.

Gould, J.R., Prentice, N.M., Aisnlie, R.C. (1996). The Splitting Index: Construction of a Scale Measuring the Defense Mechanism of Splitting. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 66 (2), 414-431.

Greenwald, A.G., Banaji, M.R., Rudman, L.A., Farnham, S.D., Nosek, B.A. & Mellot, D.S. (2002). A Unified Theory of Implicit Attitudes, Stereotypes, Self-Esteem, and Self-Concept. *Psychological Review*, Vol 109 (1), 3-25.

Greve, W. (Hrsg.) (2000a). *Psychologie des Selbst*. Weinheim: Beltz.

Grinker, R.R., Werble, B. & Drye, R. (1968). *The borderline-syndrom: A behavioral study of ego functions*. New York: Basic Books.

Gunderson, J. G. & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 135, 792-796.

Gunderson, J. G. & Singer M.T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1-10.

Harvey, P.D., Greenberg, B.R. & Seaper, M.R. (1989). The Affective Lability Scales: Development, reliability and validity. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 786-793.

Herpertz, S. & Saß, H. (2003). Allgemeine Epidemiologie, Verlauf und Prognose. In: *Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Thieme Verlag.

Hewitt, P L. & Flett, G.L. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psycho-pathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.

Hewitt, P L., Flett, G.L. & Turnbull, W. (1994). Borderline personality disorder: An

investigation with the
Multidimensional Perfectionism Scale. *European Journal of Psychological Assessment* ,
Vol 10 (1), 28-33.

Hirsch, M. (1987, 1994). *Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Missbrauchs in der Familie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Hirsch, M. (2000). Die Bearbeitung der Erfahrungen von sexuellem Mißbrauch und körperlicher Mißhandlung in der Familie durch psychoanalytische Psychotherapie. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 537-552). Stuttgart: Schattauer.

Hughes, C.H. (1884). Borderland psychiatric records - pro-dromal symptoms of psychical impairment. *Alienist and Neurologist*, 5, 85-91.

Jacobson, E. (1964). *Das Selbst und die Welt der Objekte*. Frankfurt: Suhrkamp.

Kanter, J.W., Parker, C.R. Kohlenberg, R.J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 38 (2), 198-211.

Kelly, G.A. (1955). *The Psychology of personal constructs* (Vol. 1). New York: Norton.

Kernberg, O.F. (1992). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kernberg, O. F. (1992). Psychopathic, paranoid and depressive transferences.
International Journal of Psycho-Analysis. Vol 73(1), 13-28.

Kernberg, O. F. (1993). Suicidal behavior in borderline patients: Diagnosis and psychotherapeutic considerations. *American Journal of Psychotherapy*; Vol. 47(2), 245-255.

Kernberg, O.F. (1996). *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Kernberg, O.F. (1998). *Wut und Haß*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kernberg, O.F. (2000). Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 45-53). Stuttgart: Schattauer.

Kernberg, O.F. (2000). Die übertragungsfokussierte (oder psychodynamische) Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 456-451). Stuttgart: Schattauer.

Kernberg, O.F. (2000). Persönlichkeitsentwicklung und Trauma - theoretische und therapeutische Anmerkungen. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 525-536). Stuttgart: Schattauer.

Kernberg, O.F., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hrsg.) (2000). *Handbuch der Borderline-Störung*. Stuttgart: Schattauer.

Kind, J. (2000). Zur Entwicklung psychoanalytischer Borderline-Konzepte seit Freud. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 27-43). Stuttgart: Schattauer.

Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research*. New York: Wiley.

Koenigsberg, H.W. (2000). Gegenübertragung. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 87-97). Stuttgart: Schattauer.

Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapie: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.

Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1995). I speak, therefore I am: A behavioral approach to understanding problems of the self. *The behavior Therapist*, 18, 113-124.

Kohut, H. (1993). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Kretschmer, E. (1921). *Körperbau und Charakter*. Berlin: Springer.

Lansky, M.R. (2003). Discussion of Peter Fonagy et al.'s "The Developmental Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and Some Evidence". *Psychoanalytic Inquiry*; Vol. 23 (3), 460-473.

Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology für personality evaluation*. New York: The Ronald Press.

Leichsenring, F. (1997). *Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BDI). Handlungsanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Leichsenring, F., Kunst, H., Hoyer, J. (2003). Borderline personality organization in violent offenders: Correlations of identity diffusion and primitive defense mechanisms with antisocial features, neuroticism, and interpersonal problems. *Bulletin of the Menninger Clinic*, Vol. 67, 4, 314-328.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

Linville, P.W. (1985). Self-complexity and affective extremity: Don't put all of your eggs in one cognitive basket. *Social Cognition*. 3, 94-120.

Linville, P.W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality & Social Psychology*, Vol 52(4), 663-676.

Lohmer, M. (2000). Abwehrmechanismen und Objektbeziehungsgestaltung bei Borderline-Patienten -eine psychoanalytische Perspektive. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 75-84). Stuttgart: Schattauer.

Lynam, D.R. & Widiger, T.A. (2001). Using the Five-Factor-Model to Represent the DSM-IV Personality Disorders: An Expert Consensus Approach. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 110 (3), 401-412.

Mahler, M. (1979). *Studien über die drei ersten Lebensjahre*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Mahler, M., Pine, F. & Bergmann, A. (1975). *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Frankfurt: Fischer.

Marsh, H. W., Shavelson, R. (1985). Self-Concept: Its Multifaceted, Hierarchical Structure. *Educational Psychologist*, Vol 20 (3), 107-123.

Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.

Markus, H. & Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, 38, 299-337.

Masterson, J. F. (2003). *Das Selbst und die Objektbeziehungen. Theorie und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Masterson, J.F. & Rinsley, D.B. (1975). The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 163-177.

Mattia, J. I. & Zimmerman, M. (2001). Epidemiology. In J. W. Livesley (Ed.). *Handbook of Personality Disorders* (pp. 107-123). New York: Guilford Press.

Meehl, P.E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.

Meehl, P.E. (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 4, 1-99.

Mentzos, S. (1997). *Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven*. Frankfurt am Main: Fischer.

Millon, T. & Davis, R.D. (1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley.

Morey, L.C. (1991). *The Personality Assessment Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Paris, J. (2000). Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 159-166). Stuttgart: Schattauer.

Pollock, P.H., Broadbent, M., Clarke, S., Dorrian, A., Ryle, A. (2001). The personality structure questionnaire (PSQ): a measure of the multiple self states model of identity disturbance in cognitive analytic therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, Vol. 8(1), 59-73.

Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behavior. *American Journal of Psychiatry*, 110, 406-416.

Rahn, E. & Mahnkopf, A. (2000). *Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf* (2. durchgesehene Aufl.). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Resch, F. (2002). Struktur und Strukturveränderungen im Kindes- und Jugendalter. In Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P. (Hrsg.) (2002). *Die Struktur der Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.

Rohde-Dachser, C. (1989). *Das Borderline-Syndrom*. Wien: Huber.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ Princeton University Press.

Rudolf, G. (1996). *Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Stuttgart: Enke.

Rudolf, G. (2002). Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit. In Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P.(Hrsg.) *Die Struktur der Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.

Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P.(Hrsg.) (2002). *Die Struktur der Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.

Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C., Jakobsen, T. (1996). Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Zeitschrift fuer Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Vol 42, 343-357.

Ryle, A. (1990). *Cognitive Analytic Therapy: Active Participation in Change*. Wiley: Chichester

Ryle, A. (1995). *Cognitive Analytic Therapy: Developments in Theoriy and Practise*. Wiley: Chichester

Ryle, A. (1997). The structure and development of borderline personality disorder: a proposed model. *Journal of Psychiatrie*, 170, 82-87.

Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (Hrsg.) (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.

Schimmack, U. & Crites, S.I. (2004). *Affective Experiences*. www.erin.utoronto.ca/~w3psyuli/ms%20Affect%20Handbook%20Reprint.pdf

Schütz, A. (2000a). *Psychologie des Selbstwertgefühls. Von Selbstakzeptanz bis Arroganz*. Stuttgart: Kohlhammer.

Showers, C. (1992). Compartmentalization of Positive and Negative Self-Knowledge: Keeping Bad Apples Out of the Bunch. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 62 (6), 1036-1049.

Showers, C.J. & Kevlyn, S.B. (1999). Organisation of Knowledge About a Relationship Partner: Implications for Liking and Loving. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 76 (6), 958-971.

Seidler, G.H. (2002). Ich. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.) *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 306-309). Stuttgart: Kohlhammer.

Siever, L. J. & Davis, K.L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.

Siever, L. J., Torgersen, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. J. & Kendler K. S. (2002). The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*, 51, 964-968.

Skinner, B.F. (1974). *About Behaviorism*. New York. Knopf.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J. & Siever, L. J. (2002b). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-950.

Spitzer, R. L. & Endicott, J. (1979). Justification for separating schizotypal and borderline disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 95-100.

Spitzer, R. L., Endicott, J. & Gibbons, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 36, 17-24.

Spitzer, C., Michels-Lucht, F., Siebel, U., Freyberger, H.J. (2002). Zur Konstruktvaliditaet der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Zeitschrift fuer Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Vol 48(3), 299-312.

Stein, K.F. (1995). The organizational properties of the self-concept and instability of affect. *Research in Nursing & Health*, Vol 18(5), 405-415.

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.

Stone, M.H. (1986). *One Hundred Years on the border*. New York: International University Press.

Stone, M.H. (2000). Entwickelt sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einem Massenphänomen? Überblick über epidemiologische Daten und Hypothesen. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 3-7). Stuttgart: Schattauer.

Streeck, U. (2000). Diagnose Persönlichkeitsstörung: zum Verlust der interpersonellen Dimension im medizinischen Krankheitsmodell. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 99-113). Stuttgart: Schattauer.

Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

Squire, L.R. & Kandel, E.R. (1999). *Gedächtnis: Die Natur des Erinnerns*. Heidelberg: Spektrum.

Tolpin, L.H., Gunthert, K.C., Cohen, L.H., O'Neill, S.C. (2004). Borderline Personality Features and Instability of Daily Negative Affect and Self-Esteem. *Journal of Personality*, Vol. 72 (1), 111-139.

Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-596.

Trull, T.J., Widiger, T.A., Lynam, D.R. & Costa, P.T. Jr. (2003). Borderline Personality Disorder from the Perspective of General Personality Functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 112 (2), 193-202.

Wallerstein, R.S. (1989). The Psychotherapie Research Program (PRP) of the Menninger Foundation: An Overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 195-205.

Watson, D. & Clark, L.A. (1994). *The PANAS-X: Manual for the Positive and Negative Affect Schedule- Expanded Form*. Iowa City: University of Iowa.

Weaver, I.C.G., Cervoni, N., Champagne, F.A., Alessio, A.C.D., Sharma, S., Seckl, J.R., Dymov, S. Szyf, M. & Meaney, M.J. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience*, Vol. 7 (8), 847-854.

Weiß, H. (2000). Borderline-Position und pathologische Persönlichkeitsorganisationen - der kleinianische Ansatz in Großbritannien. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 641-651). Stuttgart: Schattauer.

Westen, D. & Cohen, R.P. (1993) The self in borderline personality disorder: a psychodynamic perspective. In: *The Self in Emotional Distress: Cognitive and Psychodynamic Perspectives* (pp 334-368). New York: Guilford Press.

Wilberg, T., Urnes, O., Friis, S., Pedersen, G., Karterud, S. (1999). Borderline and avoidant personality disorders and the five-factor model of personality: A comparison between DSM-IV diagnoses and NEO-PI-R. *Journal of Personality Disorders*, Vol 13(3), 226-240.

Wilkinson-Ryan, T., Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, Vol 157(4), 528-541.

Winnicott, D.W. (1997). *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Fischer.

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Frankenburg, F.R. & Chauncey, D.L. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderliners: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.

Zimmermann, M. & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. Demographic correlates and comorbidity. *Archive of General Psychiatry*, Vol 46, 682-689.

