

**Leben an der Grenze.**

**Zur Psychoanalyse der Borderlinestörungen**

Vortrag an der Universität Zürich

Anlässlich der Verleihung des Margit Egnér-Preises

am 13. November 2009

1974, also vor ziemlich genau 35 Jahren, wurde mir während meiner Tätigkeit an der psychiatrischen Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover von dem damaligen Oberarzt ein Patient zur weiteren psychotherapeutischen Behandlung übergeben, der mich bald mit erheblichen Problemen konfrontierte. Bei dem Patienten handelte es sich um einen etwa 45jährigen Gymnasiallehrer, der an einer Vielzahl wechselnder Symptome litt. Dazu gehörten Zwangsvorstellungen, die manchmal in eine wahnhafte Überzeugung übergingen, in denen er sich mit dem sexuellen Vorleben seiner Frau befasste, mit der er seit über 10 Jahren verheiratet war. Sie habe mit ihm nie über ihre vorehelichen sexuellen Beziehungen gesprochen. Aus einigen unbedachten Äußerungen von ihr habe er aber geschlossen, dass es vor ihm zwei Liebhaber gegeben haben müsse, die er sich nun zwanghaft vorzustellen suchte. Den einen – er nannte ihn nur „den Unheimlichen“ - sah er dabei als schwarzen Schatten mit Fahrrad vor sich; vom anderen zeichneten sich in diesen eidetisch ausgestalteten Vorstellungen nur die Stiefel ab. Der Patient fühlte sich von diesen Vorstellungen innerlich verfolgt, konnte aber auch nicht von ihnen lassen. Hinzu kamen Konzentrations-schwierigkeiten, die ihn als Lehrer vor allem bei der Korrektur der Hausarbeiten störten, depressive Verstimmungen, zwanghaftes Weinen, eine Vielzahl von Phobien, schwere hypochondrische Ängste und häufiger auch das irritierende Gefühl, dass ihn, obwohl er allein war, plötzlich jemand beim Namen rufe. Mehrmals habe er in letzter Zeit auch seiner Frau, die er nach seinen eigenen Schilderungen zärtlich liebte, von hinten die Hände um den Hals gelegt, als ob er sie erwürgen wolle, ohne zu wissen warum. Die Reihe der Symptome ließe sich weiter fortsetzen.

Die psychiatrischen Diagnosen, die in seinen Akten standen, schwankten dementsprechend von „Egopathie“ über „hysterische Psychose“ bis hin zu „Borderline-Schizophrenie“. Eine

längere Behandlung mit Neuroleptika hatte keinen Erfolg gebracht. Schließlich übernahm ich - damals selbst noch in psychoanalytischer Ausbildung – den Patienten zur weiteren psychoanalytischen Behandlung. Der Patient selbst wirkte hoch motiviert und wollte mit der Behandlung am liebsten sofort beginnen. Das änderte aber nichts daran, dass er schon nach wenigen Sitzungen mit einer Intensivierung seiner Symptomatik reagierte, bis hin zu kurzfristigen psychotischen Episoden, in denen er mich wahnhaft verkannte und sich von mir verfolgt fühlte. Ich sah damals keine andere Möglichkeit, als die Behandlung zunächst mit reduzierter Stundenfrequenz im Sitzen fortzuführen und gleichzeitig in der damals relevanten Literatur nach Hinweisen zu suchen, wie einer solchen unerwünschten Entwicklung zu begegnen war. Dabei stieß ich schließlich auf einen Aufsatz von Otto F. Kernberg (1967) mit dem Titel „Borderline Personality Organization“. Die Lektüre dieses Aufsatzes eröffnete mir ein ganz neues Verständnis für die inneren Schwierigkeiten meines Patienten. Der Autor beschrieb darin nicht nur fast wörtlich die multiplen Symptome, die ich auch bei meinem Patienten fand, einschließlich des kurzfristigen Abgleitens in eine psychotische Episode, sondern lieferte dazu auch eine psychoanalytische Theorie. Für ihn waren diese Symptome Begleitmerkmale einer spezifischen pathologischen Ich-Organisation an der Grenze von Neurose und Psychose, daher auch der Name „Borderline-Persönlichkeits-Organisation“. Der Begriff „Borderline“, der in der Psychiatrie bis dahin eher als Sammelsurium unklarer psychiatrischer Diagnosen galt und entsprechend verpönt war, erhielt damit erstmals eine Definition als *eigenständiges psychisches Krankheitsbild*, die in ihren Kernaussagen bis heute gültig ist, auch wenn Autoren wie André Green, John Steiner, Ulrich Moser und Peter Fonagy ihr seither wichtige Gesichtspunkte hinzu gefügt haben.

Im folgenden möchte ich als erstes die Theorie der Borderline-Persönlichkeits-Organisation von Kernberg, von der auch meine Arbeit mit Borderline-Patienten ganz wesentlich profitiert hat, in ihren Grundzügen vorstellen, um anschließend auf die seither stattgefundenen Fortentwicklungen einzugehen.

### **1. Kernbergs Theorie der Borderlinestörung als eine spezifische Störung der Ich-Organisation**

Für Kernberg besteht die Pathologie der Borderline-Persönlichkeits-Organisation vor allem in der *Unfähigkeit zur Entwicklung reifer Abwehrmechanismen*, als deren Prototyp die *Verdrängung* gilt. Mit Hilfe der Verdrängung können psychische Konflikte dauerhaft aus dem

Bewusstsein ausgeschlossen werden. Borderline-Patienten haben dieses Niveau der psychischen Entwicklung nicht erreicht und müssen deshalb auf den Abwehrmechanismus der Spaltung zurückgreifen, bei der bedeutsame Objekte in „ganz gute“ und „ganz böse“ (Teil-) Objekte aufgespalten werden, so wie dies Melanie Klein bereits für die „gute“ und die „böse Brust“ beschrieben hat (Klein 1935). Das äußerlich gleich bleibende Objekt wird vom Patienten dann wechselnd als „ganz gut“ idealisiert oder als „ganz böse“ verteufelt. Diese Spaltung muss aufrechterhalten werden, weil der Patient unbewusst befürchtet, dass bei einem Zusammentreffen des guten und des bösen inneren Objekts das böse innere Objekt die Oberhand gewinnen und das gute Objekt ein für allemal zerstören könnte. Die innere Welt wäre dann nur mehr von Hexen und Teufeln bevölkert, denen der Patient hilflos ausgeliefert ist. Das gute innere Objekt muss deshalb auf jeden Fall erhalten bleiben. Um dies zu erreichen, wird das böse innere Objekt in die Außenwelt projiziert, die auf diese Weise einen bedrohlichen Charakter erhält. Weitere Abwehrmechanismen dienen dazu, diese Spaltung zu zementieren. Dazu gehören vor allem die *projektive Identifizierung* und die *Verleugnung*, die beide mit einer erheblichen Schwächung der Realitätsprüfung einhergehen.

Wo projektive Identifizierungen vorherrschen, können innere und äußere Realität nicht mehr klar unterschieden werden. Das gleiche gilt für die Unterscheidung zwischen wunschbestimmten und realistischen Selbstbildern. Borderline-Patienten können aus diesem Grunde auch keine stabile Ich-Identität ausbilden, sondern schwanken zwischen Omnipotenzphantasien, Verschmelzungswünschen und extremen Minderwertigkeitsgefühlen hin und her. Das *Über-Ich* behält die Qualität eines sadistischen inneren Objekts, während das *Ich-Ideal* sich an der Vollkommenheitszuschreibung misst, die dem absolut guten inneren Objekt gilt und vom Ich eine Perfektion verlangt, auf das dieses nur mit vernichtender Selbstkritik reagieren kann. Weil Borderline-Patienten keine beobachtende *dritte Position* einnehmen können, können sie diese Konstellation nicht in Frage stellen. Im seelischen Universum des Borderline-Patienten ist die Zeit stattdessen angehalten. Es gibt dort weder Vergangenheit noch Zukunft, sondern nur das Gefangensein in einer endlosen Gegenwart (Rohde-Dachser 2004, S. 40 f.). Kernberg führt diesen Entwicklungsstillstand vor allem auf eine konstitutiv gesteigerte Aggression zurück, die das Erleben dieser Patienten prägt. Traumatische Kindheitserfahrungen können eine zusätzliche Rolle spielen; ein maßgeblicher Faktor sind sie für ihn aber nicht. In dem von ihm vorgeschlagenen Therapiekonzept stehen deshalb auch das Durcharbeiten der Aggression des Patienten und die damit einhergehende negative Übertragung klar im Vordergrund.

Kernbergs Verständnis der Borderline-Persönlichkeits-Organisation hat die Borderline-Diskussion der siebziger und achtziger Jahre nachhaltig geprägt (Kernberg 1975; Kernberg, Dulz u. Sachsse 2000). Die von ihm erarbeiteten Strukturmerkmale fanden 1980 unter dem Namen „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ Eingang in das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM III) der American Psychiatric Association. In die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) wurde sie 10 Jahre später fast gleichlautend als „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus“ (ICD 10, 1991, S. 230) aufgenommen. Das von Kernberg vorgeschlagene Therapiekonzept gilt bis heute als wegweisend und steht unter dem Namen „Übertragungsfokussierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung“ mittlerweile auch als Manual zur Verfügung (Clarkin et al., 1999).

## **2. Die Borderline-Trauma-Debatte**

Zur gleichen Zeit wurde von Traumaforschern (Herman, Perry u. van der Kolk 1989; Reddemann u. Sachsse 1999) eine heftige Debatte angestoßen, die in dem Vorwurf gipfelte, die Diagnose „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ verschleierte insbesondere mit ihrem Hinweis auf die konstitutionell gesteigerte Aggression dieser Patienten die massiven traumatischen Erfahrungen, die diese während ihrer Kindheit durchlitten haben, und zwar vor allem als körperliche Misshandlung und sexuellen Missbrauch. Denn eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen zeigte, dass Borderline-Patienten im Vergleich mit Patienten einer anderen Diagnose signifikant häufiger von massiven traumatischen Erfahrungen während ihrer Kindheit berichteten (für eine Gesamtübersicht vgl. Rohde-Dachser 2004, S. 127 ff.). Dies schien auch zu erklären, warum Borderline-Patienten in der ganz überwiegenden Anzahl, nämlich bis zu 75 %, weiblich waren: sexueller Missbrauch trifft nach epidemiologischen Untersuchungen Mädchen zwei- bis dreimal so häufig wie Jungen (vgl. dazu auch Rohde-Dachser 1994). Der Schluss, dass die Borderline-Entwicklung eine Folge dieser traumatischen Erfahrungen ist, liegt von daher fast greifbar nahe. Anhand von epidemiologischen Untersuchungen, die sich nicht auf Patienten, sondern auf die Allgemeinbevölkerung beziehen, haben renommierte Forscher (darunter Paris, Zweig-Frank u. Guzder 1994a, 1994b) mittlerweile aber auch festgestellt, dass körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch in unserer Gesellschaft häufig vorkommen, auch ohne dass dadurch eine Borderline-Entwicklung in Gang gesetzt wird. Das Vorliegen traumatischer Erfahrungen

erhöhe zwar die Wahrscheinlichkeit einer Borderline-Diagnose; ein kausaler Zusammenhang könne daraus aber nicht abgeleitet werden (Paris 2000, S. 164). Die Abgrenzung zwischen „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ (DSM IV, S. 735 ff.) und „Posttraumatischer Belastungsstörung“ (DSM IV, S. 487 ff.) bleibt aber bis heute umstritten.

### 3. Borderlinestörung als Verweigerung der Mentalisierung

Fast unbemerkt vollzog sich neben dem kontrovers geführten Borderline-Trauma-Diskurs ein auf klinischen Beobachtungen beruhender Wandel in der Sicht der Borderlinestörungen, der sich auch in der 1994 erschienenen 4. Auflage des DSM IV niederschlug. In den vorangehenden Auflagen des DSM standen unter den Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung noch „Impulsivität“ (DSM III) und „instabile Beziehungsmuster“ (DSM III-R) an erster Stelle. Im DSM IV finden wir an dieser Stelle ein anderes Kriterium, nämlich „Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutliches Verlassenwerden zu vermeiden“ (S. 279). Damit verlagert sich der Borderline-Diskurs von der Betonung der *Impulsivität* und der *Instabilität zwischenmenschlicher Beziehungen*, wie er vor allem von Kernberg hervor gehoben wurde, auf die *Borderline-Angst* und das Angewiesensein dieser Patienten auf die konkrete Anwesenheit eines äußeren Objekts, um diese Angst auf ein erträgliches Maß zu reduzieren. Diesem Perspektivenwechsel möchte ich im Folgenden nachgehen und mich dabei vor allem auf die Arbeiten von Ulrich Moser und Ilka von Zeppelin stützen (Moser u. v. Zeppelin 2001, 2004).

Borderline-Patienten sind, so Moser und von Zeppelin, von der konkreten Anwesenheit eines Sicherheit vermittelnden Objekts abhängig, weil sie in sich keine dauerhaften Objektrepräsentanzen errichten konnten, die es ermöglichen, die implizite Verbundenheit mit dem Objekt auch in dessen Abwesenheit aufrecht zu erhalten (Moser u. v. Zeppelin 2004, S. 99). Borderline-Patienten bleiben in ihrer Entwicklung stattdessen auf der Ebene des vorsymbolischen, konkreten Denkens stecken. In diesem Modus haben Gefühle, Gedanken und Ideen keine Als-ob-Qualität, sondern werden als direkter Widerschein der Realität erlebt. Sie sind deshalb immer wahr (Fonagy u. Target 2000). Mit Fonagy u. Target könnte man auch sagen, dass Borderline-Patienten nicht fähig sind, zu mentalisieren und deshalb die Ebene der Selbstreflexion nicht erreicht haben (a.a.O.). Die eigene mentale Welt zu beobachten, kann deshalb auch nicht zu Einsichten und neuen Verknüpfungen führen, die zunächst immer hypothetischen Charakter haben (Moser u. v. Zeppelin 2004, S. 113). Borderline-Patienten

haben dafür im Sinne Winnicotts (1971) keinen inneren Raum zur Verfügung. Alles Neue, Unbekannte erzeugt von daher Angst und führt zu einer Intensivierung des Bindungsverhaltens in Form der Anklammerung an ein konkret anwesendes, Sicherheit gebendes Objekt. Hinzu kommt, dass die traumatischen Vorerfahrungen, die Borderline-Patienten erlitten haben, zu einer Dissoziation des Denkens führen, die das Fortschreiten der Mentalisierung zusätzlich erschwert (Bohleber 2008). Borderlinetherapien scheitern sehr häufig daran, dass der behandelnde Analytiker diese Situation nicht in Rechnung stellt und den Patienten stattdessen mit Konfliktdeutungen überhäuft, die dieser nur als verfolgend erleben kann und zu einer Intensivierung der Symptomatik oder aber zum emotionalen Rückzug (Steiner 1993) führen. .

Die Hartnäckigkeit, mit der Borderline-Patienten an diesem vorbegrifflichen Denken festhalten, deutet darauf hin, dass dabei auch *Abwehraspekte* eine Rolle spielen. So glaubt Green (2002), dass Borderline-Patienten sich oft weigern, eine gedankliche Verbindung herzustellen, obwohl sie dazu von ihrer kognitiven Entwicklung her durchaus in der Lage wären, weil diese selbst traumatischen Charakter hat. Im Anschluss an Bions (1959) Konzept des *Angriffs auf die Herstellung von Verbindungen* spricht er aus diesem Grunde von einer *phobischen Position*, die das eigene Denken betrifft. Nicht-Denken heißt dann, unbewusst die Erinnerung an ein Trauma zu verweigern, das längst stattgefunden hat, aber bis heute nicht gedacht werden durfte, weil so auch die Hilflosigkeit, der Schmerz und die namenlose Angst aus dem Erleben ausgeklammert werden konnte, die damit einmal verbunden waren. *Denken an sich* wird auf diese Weise zu einer Gefahr, die phobisch vermieden werden muss (Green 2002, S. 411 ff.), weil sie näher an jene Angst heranführen würde, die Borderline-Patienten mit allen Mitteln zu vermeiden suchen: die *Angst vor existenzieller Leere* und dem *Absturz ins Nichts*.

#### **4. Die Angst des Borderline-Patienten vor existenzieller Leere und dem Absturz ins Nichts**

Die Aufrechterhaltung der Beziehung zu einem konkreten äußeren Objekt, auch wenn dieses wegen der damit verbundenen Abhängigkeit gehasst wird, verankert Borderline-Patienten in einer Realität, hinter der sich ein Abgrund von Chaos und Leere auftut. Sogar psychotische Verfolgungsängste zeugen noch von der Anwesenheit eines – wenn auch verfolgenden – Objekts. Aus dieser Beziehungswelt heraus zu fallen, ist mit Vernichtungsängsten

verbunden, wie sie Bion (1970) als *katastrophische Angst* und Bick (1968, S. 236 f.) als *Angst vor endlosem Fallen* beschrieben hat. Was klinisch davon sichtbar wird, ist dann immer bereits eine *Ersatzbildung* (Winnicott 1974, S. 107), denn die dahinter liegende Agonie ist unvorstellbar. Das Gleiche gilt für die Erfahrung *existenzieller Leere*. Um zu verstehen, was damit gemeint ist, empfiehlt Winnicott, nicht so sehr daran zu denken, was in der Vergangenheit an Traumata geschehen ist, als vielmehr daran, was nicht geschah, wo eigentlich etwas hätte geschehen sollen (ebd., S. 106). Wir können dabei an eine Mutter denken, die ihr Kind seiner Verzweiflung überlässt, ohne davon überhaupt Notiz zu nehmen. Für einen Patienten ist es später sehr viel leichter, sich an etwas zu erinnern, was ihm zugefügt wurde, als an etwas, was nicht geschah, aber unbedingt hätte geschehen sollen. Leere ist dann oft die letzte noch verbliebene, negative Spur der traumatischen Erfahrung und der Objekte, die dabei der Auslöschung oder Verwerfung anheim fielen. Green (1999) hat dafür den Begriff der *negativen Halluzination* geprägt. Benedetti (1983, S. 51) spricht von *Todeslandschaften* oder *schwarzen Löchern*, in deren Zentrum die Angst vor dem Nichts steht. Später erlittene Traumata, zu denen auch psychischer oder sexueller Missbrauch gehören, können dann die Funktion übernehmen, dieses psychische Loch zu füllen. Denn im Gegensatz zu der vernichtenden Erfahrung von Leere sind sie benennbar und in ihren Grausamkeiten nachvollziehbar; es gibt keinen Zweifel, wer der Täter ist, und dem Opfer ist Mitleid gewiss. Der oft zitierte Hass der Borderline-Patienten, ihre stereotype negative Übertragung und das hartnäckig-klagende Festhalten an einem Trauma, das nie der Vergessenheit anheim fallen darf, können im Verlauf der Therapie dann oft als Füllsel dieses schwarzen Lochs verstanden werden, das erhalten bleiben muss, um die darunter liegende existenzielle Leere nicht fühlbar zu machen.

## 5. Therapie der Borderline-Störung

Patienten, die am dieser Grenze zum Nichts um ihr psychisches Überleben kämpfen, können mit Konfliktdeutungen naturgemäß nicht erreicht werden. An ihrer Stelle hat die Aufrechterhaltung und *Regulierung der therapeutischen Beziehung* absolute Priorität (Moser u. v. Zeppelin 2001). Dies gilt insbesondere für die durch die Beziehung evozierten intensiven, meist negativen Affekte (a.a.O.). Wegen der mangelnden Trennung zwischen Selbst und Objekt werden diese Affekte häufig auf den Analytiker projiziert, der sich dafür so lange als Container zur Verfügung stellen muss, bis der Patient sie in modulierter Form wieder in sich aufnehmen kann. Der Analytiker wird in diesem Prozess immer wieder zum

Angreifer oder Verfolger werden (Moser u. v. Zeppelin 2001, S. 118); für den Patienten ist die Möglichkeit der Projektion seiner unerträglichen Gefühle auf den Analytiker aber eine Frage des psychischen Überlebens. Wenn die Behandlung erfolgreich verläuft, lernt der Patient allmählich, auch über andere Perspektiven nachzudenken, das heißt zu *mentalisieren* (a.a.O.). Oft braucht er lange Zeit, um zu begreifen, dass die Leere nicht unbedingt in den katastrophischen Absturz führen muss, vor dem er sich bisher so maßlos fürchtete, sondern dass sie auch die Voraussetzung dafür ist, dass etwas Neues entstehen kann. Wo dies gelingt, kann an die Stelle der Angst vor existenzieller Leere und dem verzweifelten Klammern an ein Objekt, das einen davor schützen soll, allmählich ein Gefühl der Trauer treten, über das, was war, aber nun der Vergangenheit angehört und die Gegenwart von daher nicht mehr zu vergiften braucht. Nicht jeder Borderline-Patient wird sich in der Therapie bis zu dieser Erkenntnis durchringen. Aber mit jedem Schritt in diese Richtung verliert die Angst vor dem Neuen, Unbekannten etwas von ihrer Bedrohlichkeit. Die Tür zur weiteren psychischen Entwicklung ist damit aufgestoßen.

## Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association (1980). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III). Weinheim Basel, Beltz 1984.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III-R). Weinheim, Beltz 1989.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DMS-IV). Göttingen, Hogrefe 1996.
- Benedetti, G. (1983). Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. Göttingen, Verlag für Medizinische Psychologie.
- Bick, E. (1968). Das Hauterleben in frühen Objektbeziehungen. In E. B. Spillius (Hrsg.). Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Bd. 1: Beiträge zur Theorie. München u. Wien, Verlag Internationale Psychoanalyse 1990, S. 236-240.
- Bion, W. R. (1959). Angriffe auf Verbindungen. In E. B. Spillius (Hrsg.). Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Bd. 1: Beiträge zur Theorie. München und Wien, Verlag Internationale Psychoanalyse 1990, S. 110-129.
- Bion, W. (1970). Attention and Interpretation. London, Tavistock.
- Bohleber, W. (2008). Einige Probleme psychoanalytischer Traumatheorie. In Leuzinger-Bohleber, M., Roth, G., Buchheim, A. (Hrsg.). Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma. Stuttgart New York, Schattauer, S. 45-54.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O.F. (1999). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Stuttgart, Schattauer.
- Fonagy, P., Target, M. (2000). Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. Psyche – Z Psycho-Anal 55 (9/10): 961-995.
- Green, A. (1999). The Work of the Negative. London, Free Association.
- Green, A. (2002). Die zentrale phobische Position - mit einem Modell der freien Assoziation. Psyche - Z Pschoanal 56: 409-441.
- Herman, J. L., Perry, C., van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry 146: 490-495.
- Kernberg, O. F. (1967). Borderline personality organization. J. Amer. Psychoanal. Association 15: 641-685.
- Kernberg, O. F. (1975). Borderlinestörungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt a. M., Suhrkamp.
- Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U. (Eds.) (2000). Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart New York, Schattauer.
- Klein, M. (1935). Beitrag zur Psychogenese der manisch-depressiven Zustände. In M. Klein. Gesammelte Schriften. Bd. I, Teil 2, S. 29-75. Stuttgart - Bad Cannstatt, frommann-holzboog.
- Moser, U., v. Zeppelin, I. (2001). "What is a Bongaloo, Daddy?" Übertragung, Gegenübertragung, therapeutische Situation. Allgemein und am Beispiel 'früher Störungen'. Psyche - Z Psycho-Anal. 55: 97-136.
- Moser, U., v. Zeppelin, I. (2004). Die Regulierung der Beziehung bei 'frühen Störungen' (Borderline-Fällen). Psyche - Z Psychoanal 58: 1089-1110.

- Paris, J. (2000). Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In Kernberg O. F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.). Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart New York, Schattauer, S. 159-166.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., Gudzer, J. (1994a). Psychological risk factors for borderline personality disorders in female patients. *Compr Psychiatry* 35: 301-305.
- Paris, J., Zweig-Frank, H., Gudzer, J. (1994b). Psychological risk factors for borderline personality disorders in male outpatients. *J Nerv Ment Dis* 182: 375-380.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1999). "Trauma first!" PTT - Persönlichkeitsstörungen. *Theorie und Therapie* (1): 16-20.
- Rohde-Dachser, C. (1979/2004). *Das Borderline-Syndrom*. Bern Göttingen Toronto, Hans Huber, 7., vollst. überarb. u. erw. Auflage.
- Rohde-Dachser, C. (1994). Warum sind Borderline-Patienten meistens weiblich? Über die Rolle des Traumas in der Borderline-Entwicklung. In C. Rohde-Dachser: *Im Schatten des Kirschbaums*. Psychoanalytische Dialoge. Bern, Huber, S. 79-92.
- Rohde-Dachser, C. (2004). "In den Himmel kommen, ohne zu sterben." Inszenierungen des Unmöglichen als Selbsterhaltungsstrategie.. In Rohde-Dachser, C., Wellendorf, F. (Hrsg.). *Inszenierungen des Unmöglichen*. Theorie und Therapie schwerer Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart, Klett-Cotta, S. 36-59.
- Weltgesundheitsorganisation (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10. Bern, Huber.
- Winnicott, D. W. (1971). *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of Breakdown. *Int. Rev. Psycho-Anal.* 1: 103-107.

Nur zum persönlichen Gebrauch!  
Alle Rechte vorbehalten

Adresse der Autorin:

Prof. Dr. Christa Rohde-Dachser  
Colmarstr.2  
30559 Hannover  
Email: rohde-dachser@crdh.de