

Schwermut als Objekt.

Über Struktur und Inhalt der Borderline-Depression

Abstract

Die Autorin beschreibt typische Merkmale der Depression von Borderline-Patienten im Unterschied zu depressiven Patienten mit einer höher organisierten Persönlichkeitsstruktur, wie sie sich auch in empirischen Studien darstellen. Anschließend geht sie auf theoretische Ansätze ein, die zur Erklärung dieser klinischen Befunde heute vor allem herangezogen werden: die Objektbeziehungstheorie, die Traumatheorie, die Bindungstheorie und die Theorie der Mentalisierung. Sie beschreibt vor diesem Hintergrund die Angst der Borderline-Patienten vor dem Verlassenwerden durch ein lebensnotwendiges Objekt; den Einfluss traumatischer Kindheitserfahrungen; die Auswirkung von Bindungstraumata und die Bedeutung der Identifizierung mit dem Aggressor als verfolgendem Introjekt. Die Häufigkeit und die Intensität, mit der Borderline-Patienten über Depressionen klagen, wird aus ihrer Sicht dadurch aber noch nicht hinreichend erklärt. Die Depression hat für sie darüber hinaus vor allem die Funktion, den Borderline-Patienten in der Welt der Objekte zu verankern und ihn auf diese Weise vor dem befürchteten Sturz ins Leere, ins Nichts zu bewahren. Sie beschreibt die zugrunde liegenden Ängste dieser Patienten vor völligem Objektverlust und dem inneren Abgrund, der sich in der Phantasie dabei auftut. Das depressive Erleben kann auf verschiedene Weise als Füllsel dieses Abgrunds dienen: durch die innere Konservierung des verlorenen Objekts; durch die Heroisierung des mit dem Objekt verbundenen Leidens, oder – als letztes Refugium – als ein ständiger innerer Begleiter, der nun an Stelle des verlorenen Objekts steht. Im letzten Teil der Arbeit beschreibt die Autorin, welche Konsequenzen sich für die psychoanalytische Behandlung daraus ergeben.

Stichwörter: Borderline, Depression, Leeregefühle, Trennungsangst, Trauma, Introjekt, Bindungstrauma

Depression ist eine affektive Störung, die schon von Freud (1917) in „Trauer und Melancholie“ sehr eindrucksvoll beschrieben wurde. Er nennt dort als Hauptmerkmal eine tief schmerzliche Verstimmung, eine Aufhebung des Interesses für die Außenwelt, den Verlust der Liebesfähigkeit und eine tief greifende Leistungshemmung; hinzu kommt eine starke Herabsetzung des Selbstgefühls, die sich in Selbstvorwürfen und Selbstbeschimpfungen äußert und bis zur wahnhaften Erwartung von Strafe steigern kann (Freud 1917, S. 429). Freud verstand dies als den pathologischen Niederschlag einer so schmerzlichen Verlusterfahrung, dass der Betroffene, anstatt das verlorene Objekt innerlich loszulassen, sich unbewusst mit ihm identifizierte. Das bedeutete aber auch, dass die auf das verlorene Objekt

gerichteten Aggressionen nunmehr dem eigenen Ich galten. „Der Schatten des Objekts fiel auf das Ich“, war der Satz, mit dem Freud den zentralen psychischen Mechanismus der Depression beschrieb. Danach sind die Selbstvorwürfe, die der Depressive gegen sich richtet, eigentlich Vorwürfe gegen das verlorene Liebesobjekt. Das Ich steht dabei sozusagen stellvertretend für das verlorene Objekt. Auf diese Weise wird die Beziehung unbewusst am Leben erhalten. Die Depression ist von daher immer auch eine Verweigerung von Trauer. „Bei der Trauer ist die Welt arm und leer geworden, bei der Melancholie ist es das Ich“, beschreibt Freud (S. 431) den Unterschied zwischen Trauer und Melancholie. Um den stattgefundenen Verlust zu verleugnen, wird das Ich als Opfer gebracht.

Voraussetzung dafür ist allerdings ein inneres Repräsentanzensystem, das eine von der aktuellen Kommunikation abkoppelbare Regulierung der Innenwelt ermöglicht (Moser u. Zeppelin 1996; Fonagy & Target 1996). Ebenso müssen Selbst- und Objektrepräsentanz hinreichend voneinander getrennt sein. Nur dann wird es möglich, das Ich per Identifizierung an die Stelle des Objekts zu setzen und die eigene Aggression weg vom Objekt auf das Ich zu lenken. Nicht alle Patienten, die über eine Depression berichten, verfügen über eine solche innere Struktur. Dies gilt insbesondere für Borderline-Patienten, die in ihrer Strukturentwicklung überwiegend auf der Ebene der Situationstheorie und des präkonzeptuellen Denkens stehen geblieben sind (Moser u. v. Zeppelin 2004). Dort ist die Regulierung der Beziehung noch ganz auf die konkrete Anwesenheit des Objekts angewiesen. Der Verlust des Objekts wird hier deshalb zu einer inneren Katastrophe, zu einem Sturz ins Leere, ins Nichts. Dies gilt auch schon für die Befürchtung einer solchen Katastrophe (Moser u. v. Zeppelin 1996). Aus empirischen Untersuchungen wissen wir, dass Borderline-Patienten genau so häufig über depressive Erfahrungen klagen wie Patienten mit einer höheren Persönlichkeitsorganisation (Frances, A., Clarkin, J. F. et al. 1984; Leichsenring & Sachsse 2002). Ihr Bericht besitzt aber eine andere Färbung, als wir dies von diesen Patienten her kennen.

1. Klinik der Borderline-Depression

Für Kernberg (1975) ist das depressive Grundgefühl von Borderline-Patienten nicht primär durch Selbstanklagen gekennzeichnet. Die Anklagen richten sich vielmehr nach außen und sind durch Ansprüchlichkeit und Wut markiert; hinzu kommen Gefühle von Wertlosigkeit, Einsamkeit und Isolierung (Kernberg 1975, S. 179 ff.). Die klinischen Beschreibungen der

Borderline-Depression durch andere Autoren stimmen mit diesem Urteil nahtlos überein (Masterson 1976, Hartocollis 1977; Gunderson & Phillips 1991). Ärger und Wut gelten dabei als die Hauptaffekte der Borderline-Depression. Die Wut richtet sich vor allem gegen die Erfahrung von Zurückweisung durch geliebte Objekte und verwandelt sich in Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, sobald sie sich nach innen kehrt (Hartocollis 1976, S. 496). Schuldgefühle oder Empathie gegenüber dem nicht verfügbaren Liebesobjekt spielen dabei keine Rolle (ebd.). Die dysphorischen Klagen signalisieren viel eher Gefühle von Einsamkeit, Leere und Langeweile, die mit Hartocollis auch als Niederschlag negativer Halluzinationen verstanden werden können („keine Mutter“, „keine Brust“, „die Mutter wird nicht kommen“) (ebd., S. 497).

Westen et al. (1992) haben diese klinischen Beobachtungen als erste einer empirischen Überprüfung unterzogen. Sie stützten sich dazu auf eine von Blatt (1974; Blatt & Zuroff 1992) vorgelegte Depressionsstudie, in der zwischen einer anaklitischen und einer introjektiven Depression unterschieden wurde. Die *anaklitische Depression* konzentriert sich auf zwischenmenschliche Beziehungen und die damit verbundenen Gefühle, wie Abhängigkeit, Verlassenwerden, Zurückweisung, Sinnlosigkeit und Leere. Die *introjektive Depression* bezieht sich auf das Selbsterleben, das durch Versagensgefühl, Selbstverachtung und dem Gefühl, grundsätzlich schlecht zu sein, charakterisiert ist (vgl. dazu auch Blatt, Luyten und Corveleyn 2005). Blatt et al. (1976; 1982) haben dazu auch einen Selbstbeurteilungs-Fragebogen (Depressive Experiences Questionnaire [DEQ]) entwickelt, mit dem das Vorliegen dieser Depressionstypen empirisch überprüft werden kann.

Westen et al. (1992) untersuchten mit Hilfe dieses Fragebogens eine stationäre Gruppe von Borderline-Patienten im Vergleich mit einer Patienten-Gruppe mit *Major Depression*.¹ Weil der Fragebogen nicht spezifisch auf das Erleben von Borderline-Patienten zugeschnitten war, extrahierten sie daraus eine Untergruppe von Items, von denen anzunehmen war, dass sie spezifisch die Erfahrungen von Borderline-Patienten widerspiegeln. Dazu gehörten Fragen wie: „Ohne die Unterstützung anderer, die mir nahe sind, wäre ich hilflos“; „es gibt Zeiten, wo ich mich innerlich leer fühle“; „ich bin sehr empfindlich gegenüber Anzeichen von Zurückweisung durch andere“.² Überprüft werden sollte die spezifische Qualität des

¹ Ein Teil der Patienten litt sowohl an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch einer *Major Depression*. Weil die qualitativen Merkmale der Borderline-Depression im Gegensatz zur *Major Depression* aber nicht einer vorübergehenden Störung zuzuordnen sind, sondern einer stabilen Persönlichkeitsstruktur angehören, wurde dieser Unterschied vernachlässigt (Westen et al. 1992, S 4).

² Die Übersetzung aller hier aufgeführten Fragen des DEQ stammt von mir.

depressiven Erlebens der Borderline-Patientengruppe sowohl auf der anaklitischen als auch der introjektiven Achse, im Vergleich mit der Patientengruppe mit *Major Depression*. Das Ergebnis zeigte, dass Borderline-Patienten sich in ihrem depressiven Erleben von der Vergleichsgruppe in signifikanter Weise unterschieden: *Die Borderline-Depression zeichnete sich durch Gefühle von Leere, Einsamkeit und ein breites Spektrum negativer Affekte aus, zu denen Ärger, Furcht und Verzweiflung gehörten, ebenso wie ein tief sitzendes Gefühl von Abhängigkeit und einer elementaren Angst vor Verlassenwerden. Für das Selbsterleben typisch war das Gefühl tiefsitzender Schlechtigkeit* (Westen et al., S. 8). Am höchsten signifikant erwies sich dabei die Frage: „*Ich fühle mich in einer engen Beziehung niemals wirklich sicher*“ ($p \leq .001$). Damit wird bereits deutlich, wie stark die Borderline-Depression auf der anaklitischen Ebene der Objektbezogenheit angesiedelt ist.

Eine von Leichsenring (2004) durchgeführte Studie, in der eine Gruppe von 30 Borderline-Patienten mit einer Patientengruppe mit höher organisierter Persönlichkeitsstruktur (Angstneurose, depressive Neurose etc.) verglichen wurde, kam zu einem ähnlichen Ergebnis: *Die Borderline-Depression war im Gegensatz zur Vergleichsgruppe signifikant mit Ärger, Angst und Furcht und mit dem Vorherrschen primitiver Objektbeziehungen korreliert* (S. 11 f.). Für die Untersuchung der Qualität dieser Objektbeziehungen verwendete Leichsenring einen projektiven Test, nämlich den Holtzman Inkblot Test (Holtzman, Thorpe, Swarz & Herron 1961). Die Objekte, die die Patienten zu diesen Bildern assoziierten, waren von durchweg destruktiver Natur: folternd, würgend, parasitär, überwältigend, verschlingend (Leichsenring, S. 11). Wenn man mit Dahl (1995) davon ausgeht, dass Depression gleichbedeutend mit der Vorstellung ist, dass die eigenen Wünsche niemals erfüllt werden, dann kann man sich leicht vorstellen, dass diese Objekte für die Erfüllung von Wünschen nicht zur Verfügung stehen, es sei denn, diese wären masochistischer Natur. Die Gefühle von Ärger, Angst oder Furcht, die in der Borderline-Depression vorherrschen, könnten von daher auch als Reaktionen auf die Erfahrung verstanden werden, dass es nicht möglich ist, sich von diesen Objekten zu trennen, so grausam und zerstörerisch diese auch sein mögen (Leichsenring, S. 11). Die Frage, warum dies so ist, wird uns im nächsten Abschnitt beschäftigen.

2. Psychoanalytische Erklärungsansätze zur Entstehung der Borderline-Depression

Warum kommen Borderline-Patienten, die wir sonst eher mit mangelnder Impulskontrolle, Wutausbrüchen und süchtigem Verhalten in Verbindung bringen³, dazu, so intensiv auch über Depression zu klagen? Erklärungsansätze dazu finden wir sowohl auf der Ebene der Objektbeziehungstheorie als auch der Trauma- und der Bindungstheorie, auf die ich im Folgenden näher eingehen möchte. Ich werde mich dabei auf drei für unsere Fragestellung maßgeblichen Themen konzentrieren, nämlich *die Angst der Borderline-Patienten vor dem Verlassenwerden durch ein lebensnotwendiges Objekt; den Einfluss traumatischer Kindheitserfahrungen; die Auswirkung von Bindungstraumata*, und schließlich die Bedeutung der *Identifizierung mit dem Aggressor als Introjekt*. Sie alle bestätigen trotz ihrer sonst sehr unterschiedlichen theoretischen Ansätze die These Fonagys, dass Borderline-Patienten auf einer Ebene des Mentalisierungsprozesses stehen geblieben sind, auf der es noch nicht möglich ist, das eigene Erleben von einer dritten Position heraus zu reflektieren. Das schränkt die Handlungsmöglichkeiten dieser Patienten entsprechend ein. Das Erlebnis von Hilflosigkeit, das damit verbunden ist, liefert dem depressiven Erleben von Borderline-Patienten von daher immer wieder neue Nahrung. Ich möchte mich aber nicht auf diese Erklärungen beschränken, sondern im zweiten Teil dieser Arbeit die Borderline-Depression weiter auf die Funktion hin untersuchen, die sie für die Aufrechterhaltung der psychischen Integration von Borderline-Patienten besitzt. Die wichtigste Funktion der Borderline-Depression, so meine These, ist, diese in der Welt der Objekte zu verankern und sie auf diese Weise vor dem inneren Sturz in die Leere, ins Nichts zu bewahren. Im letzten Teil der Arbeit werde ich darstellen, was sich daraus für die Behandlung dieser Patienten ergibt.

Die Angst vor dem Verlassenwerden durch ein lebensnotwendiges Objekt. Borderline-Patienten verfügen über kein inneres System von Objektrepräsentanzen, das ihnen erlauben könnte, sich von der realen Präsenz eines Objekts zu emanzipieren (Moser u. v. Zeppelin 1996). Sie brauchen für die Aufrechterhaltung ihres Sicherheitsgefühls deshalb die konkrete Anwesenheit des Objekts. Weil diese niemals vollständig gewährleistet werden kann, bleibt dieses Sicherheitsgefühl auch in nahen Beziehungen immer ein Stück weit gefährdet (Westen et al. 1992). Ein sicher verfügbares inneres Objekt steht auch für Berechenbarkeit und Kontinuität. Dazu bedarf es in den ersten Jahren des Lebens einer Mutter, die dem Kind für die Erfüllung seiner vitalen Bedürfnisse zur Verfügung steht, ohne dass das Warten darauf die Zeitspanne, die mit halluzinatorischer Wunscherfüllung überbrückbar ist, allzu sehr übersteigt. Wenn das doch der Fall ist, und zwar nicht nur einmal, sondern immer wieder,

³ Vgl. dazu ICD 10 (1991), S. und DSM IV (1994), S. 739.

dann verwandeln sich für das Baby Wartenkönnen in Wartenmüssen und schließlich in das Gefühl „Ich kann nicht mehr warten, gleich sterbe ich“ (Gutwinski-Jeggle 2007, S. 144). Es ist diese Erfahrung nicht repräsentierbarer Unerträglichkeit, die später auch das Lebensgefühl von Borderline-Patienten prägt (ebd.). Das Gefühl, allein zu sein, läßt sich dabei ununterscheidbar mit den Schreckenserinnerungen der Vergangenheit auf, die wieder gegenwärtig werden, so als ob die Zeit stehen geblieben wäre (ebd., S. 145). Das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM IV, 1994) nennt bei den Merkmalen der Borderline-Persönlichkeitsstörung die *Angst vor Verlassenwerden* deshalb auch an erster Stelle (S. 739). Verlassenwerden bezeichnet in diesem Zusammenhang den Gefühlszustand eines Kindes, das sich verhält, als würde es seine Mutter nie mehr wiedersehen und dabei einen Verlustschmerz fühlt, der, weil das Kind noch kein Gefühl vergehender Zeit hat, niemals endet (Gutwinski-Jeggle, S. 145). Dahinter steht die noch bedrohlichere Angst vor Leere, auf die ich im zweiten Teil dieser Arbeit näher eingehen werde. Borderline-Patienten tun deshalb alles, um das Objekt festzuhalten, koste es, was es wolle.

Dem steht nicht entgegen, dass die Objektbeziehungen von Borderline-Patienten auch nach DSM IV (Kriterium 2, S. 739) starken Schwankungen unterworfen sind und regelmäßig zwischen Idealisierung und Entwertung hin und her pendeln, ohne dass der Patient zwischen diesen gegensätzlichen Gefühlszuständen eine Verbindung herstellen kann. Die Beziehung bleibt aus diesem Grunde „stabil instabil“ (Schmideberg 1959). Die Idealisierung gilt dabei in der Regel einem Objekt, das real abwesend ist, aber mit aller Macht herbeigesehnt wird. Sobald es aber nahe kommt, fühlt der Patient sich in seiner Selbstintegration bedroht (Green 1975). Die Furcht vor der „Wiederverschlingung“ durch das Objekt ist dabei umso stärker, je mehr sie unbewusst vom Wunsch des Patienten nach der Verschmelzung mit dem idealisierten Objekt getragen ist. Das Objekt wird in diesem Kontext zu einem verschlingenden Monster, von dem eine tödliche Gefahr ausgeht (Rey 1979; Green 1975.) Spätestens an dieser Stelle schlägt die Idealisierung in Ärger oder Entwertung um, die der Nähesituation ein abruptes Ende setzen. Mit der (Wieder)-Herstellung des notwendigen Abstands kann die Idealisierung des Objekts wieder Platz greifen und das kräftezehrende Spiel von neuem beginnen. Borderline-Patienten stellen dabei auch den Partner oft auf eine harte Probe. Die Patienten spüren dies und auch, dass der Partner sie irgendwann deshalb vielleicht wirklich verlässt. Entsprechend steigt ihre Angst, und mit ihr der Kampf um den Partner, der unter den beschriebenen Bedingungen aber niemals gewonnen werden kann. Die

Erfahrung der Vergeblichkeit, die damit einhergeht, macht hilflos und depressiv. In der Einsamkeit wird die Depression manchmal sogar zum einzigen inneren Begleiter (Moser 2009, siehe unten S.). Die verfolgenden Objekte sind dabei das Produkt von Phantasien, die der eigenen Aggression entstammen.

Der Einfluss traumatischer Kindheitserfahrungen. In dem gerade beschriebenen, objektbeziehungstheoretischen Ansatz waren es die Phantasien des Patienten, die das Objekt, wenn es zu nahe kam, als Bedrohung oder Verfolger erlebten. Vielleicht dürfen die Objekte aber auch nicht in ihrer mentalen Verfassung wahrgenommen werden, weil sie sich wirklich als grausame und verfolgende Objekte erweisen könnten. Dies behaupten zumindest Traumaforscher, darunter vor allem Hermann (1992) und van der Kolk (1999). Empirische Untersuchungen weisen auf eine hohe Häufigkeit von Kindheitstraumata bei Borderline-Patienten hin, vor allem von sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung (Paris 2000; S. 159 ff.; Rohde-Dachser 2004, S. 127 ff.). Die für die Borderline-Persönlichkeitsstörung typischen Symptome haben zudem starke Ähnlichkeit mit der Posttraumatischen Belastungsstörung. Bei beiden Störungsbildern finden wir wiederholtes suizidales oder selbstverletzendes Verhalten, inadäquate Wut, Impulsivität, affektive Instabilität, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome. Dies hat einige Autoren dazu veranlasst, Traumatisierung als den entscheidenden Faktor für die Entstehung einer Borderlinestörung zu sehen (Herman 1992; van der Kolk 1999; Reddemann u. Sachse 1999). Die gesamte Borderline-Symptomatik wird dann zu einem Ensemble von Coping-Strategien zur Bewältigung der traumatischen Erfahrung (Reddemann u. Sachse 2000). Obwohl auf den ersten Blick manches für einen solchen Zusammenhang spricht, lässt er sich empirisch nicht erhärten (Paris 2000, S. 159; Rohde-Dachser 2004, S. 132 f.). Es bedarf des Zusammenspiels einer Vielzahl von Faktoren, damit die traumatische Erfahrung in eine Borderline-Entwicklung mündet (dazu auch Bohleber 2008, S. 49). Dass sie bei der Entwicklung der Borderlinestörung aber eine maßgebliche Rolle spielen, steht außer Zweifel.

Die traumatische Erfahrung lässt sich als ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten verstehen, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und auf diese Weise eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und des Weltverständnisses bewirkt (Fischer u. Riedesser 1999, S. 79). Die Bedrohung konfrontiert das Ich dabei mit einem „fait accompli“

(Furst 1978, S. 349). Die Reaktionen des Ich erfolgen hier also nicht als Antwort auf eine drohende Gefahr, sondern erst, nachdem diese Realität geworden ist und das Ich ihr durch den Zusammenbruch ihrer Abwehrfunktionen passiv ausgeliefert war (Bohleber 2008, S. 48). Bohleber hat diesen traumatischen Prozess eindrücklich beschrieben. Die traumatische Realität – so Bohleber - zerstört den empathischen Schutzschild, den das verinnerlichte Primärobjekt bildete, und damit das Vertrauen auf die kontinuierliche Präsenz des guten Objekts und die Erwartbarkeit mitmenschlicher Empathie (Bohleber 2008, S. 47). Reifere Ichfunktionen brechen zusammen. Das gute Objekt geht verloren. Weil die Erwartung von Empathie gerade in Situationen überwältigender Angst aber unverzichtbar ist, kommt es zur Projektion des Empathiebedürfnisses auf den Täter und zu dessen maligner Internalisierung (Bohleber 2000, S. 822). Archaische Phantasien von Zerstörung, Vernichtung und Grausamkeit, die bis dahin tief verdrängt waren, drängen wieder ins Bewusstsein. Die Gegenwart wird mit der Bedeutung dieser destruktiven und verfolgenden Phantasien durchtränkt. Traumatische Gegenwart und psychische Vergangenheit lassen sich dabei nicht mehr unterscheiden (Bohleber 2008, S. 51). Die destruktiven inneren Objekte, auf die Leichsenring (2004) in seiner Holtzman Inkblot-Analyse von Borderline-Patienten gestoßen ist, lassen sich hier nahtlos einordnen. Das Selbst wird in diesem Prozess annihiliert und versinkt in eine katastrophische Einsamkeit, der sich, sofern die Affekte in diesem Augenblick nicht gänzlich dissoziiert sind, Hass, Angst, Scham und Verzweiflung beimischen (Bohleber 2008, S. 47).

Auf Grund der hochgradigen Erregung können solche traumatische Erfahrungen nicht in das narrative Gedächtnis integriert werden. Sie werden vor allem im impliziten Gedächtnis enkodiert, und zwar als nicht symbolisierbarer und von daher auch nicht veränderbarer Niederschlag - visuell als Bilder, als Gerüche und Geräusche, als spezifischer affektiver Zustand oder als somatische Empfindung (ebd., S. 51). Als solche können sie über verwandte Sinnenreize jederzeit wieder aufgerufen werden. Traumatisierte leben deshalb häufig in Angst vor dem unveränderten Wiederauftauchen der implizit gespeicherten Erinnerungen in Szenen, die mit der ursprünglichen traumatischen Szene assoziiert sind (ebd.). Die traumatische Szene wird dann erneut so erlebt, als ob sie Gegenwart wäre. Häufig weigern sich Überlebende von traumatischen Ereignissen sogar, über diese nachzudenken, weil das Nachdenken bereits ein Wiedererleben bedeutet (Fonagy 2008, S.135). Die gleiche Angst vor Retraumatisierung färbt oft über lange Zeit auch das Verhalten des Patienten in der psychoanalytischen

Behandlung. Der Analytiker sollte dies respektieren, denn eine solche Befürchtung ist durchaus real.

Traumatische Kindheitserfahrungen hindern darüber hinaus die Entwicklung mentaler Fähigkeiten, das haben neurologische Untersuchungen eindeutig bewiesen. So zeigen Erwachsene, die in ihrer Kindheit traumatisiert worden sind, häufig eine erworbene Unfähigkeit, sich die Gedanken und Gefühle anderer Menschen vorzustellen (Fonagy 2008, S. 133). Kinder können keine Worte für Gefühle lernen, und traumatisierte Erwachsene haben es schwerer, die Intention in einem Gesichtsausdruck zu erkennen (ebd., S. 134). Schneider-Rosen und Cicchetti (1984, 1991) haben gezeigt, dass missbrauchte Kleinkinder auf ihr eigenes Spiegelbild affektiv weniger positiv reagieren als die Kinder der Kontrollgruppe, und Beeghly und Cicchetti (1994) stellten fest, dass diese Kleinkinder ein spezifisches Defizit im Gebrauch von Bezeichnungen für innere Zustände aufwiesen und die Sprache bei ihnen eher kontextgebunden blieb. Alle diese Befunde lassen vermuten, dass Kinder durch Misshandlungen zum Rückzug von der mentalen Welt veranlasst werden (Fonagy et al. 2002, S. 348). Dies allein lässt aber noch nicht auf die Entwicklung einer Borderlinestörung schließen. Ausschlaggebend scheint vielmehr zu sein, ob sich der Missbrauch – welcher Art auch immer – im Rahmen einer Bindungsbeziehung abspielte.

Die Auswirkung von Bindungstraumata. Trauma aktiviert das Bindungsverhalten. „Im Distress wollen wir umarmt werden“, sagt Fonagy (2008, S. 136) und leitet daraus das gesteigerte Bindungsverhalten des Kindes insbesondere gegenüber Objekten ab, die gleichzeitig die Verursacher von Angst und Verzweiflung sind. Aus der Bindung, die eigentlich der sicherheitsgebende Hintergrund für die Entwicklung der Mentalisierung ist, wird auf diese Weise ein *Bindungstrauma*, das den Mentalisierungsprozess zum Stocken bringt (ebd., S. 139). Denn die Bindungsfigur ist hier Angst- und Trostquelle zugleich (Main und Hesse 1990). Mittlerweile glaubt man, dass „sämtliche Erfahrungen im Säuglingsalter und in der frühen Kindheit, die das Bindungsverhalten massiv aktivieren, ohne es wieder zu beenden, zu einer Desorganisation des Bindungssystems führen“ (Hopkins 2000, S. 337). Gemeinsam ist allen diesen Erfahrungen, zu denen auch Vernachlässigung und sämtliche Formen des Missbrauchs zählen, die Verletzung der dem Bindungssystem inhärenten Erwartung von Schutz und Sicherheit (ebd.). Die Nichterfüllung dieser Erwartungen ruft massive Abwehrstrategien auf den Plan, wie wir sie aus der Entwicklung von Borderlinestörungen kennen (dazu auch Woods 2008, S. 286). Dazu gehört insbesondere auch die *Vermeidung von Mentalisierung, nun aber zu defensiven Zwecken*.

In Menschen, die einem erfahrungsgemäß Böses wollen und von denen man gleichzeitig existenziell abhängig ist, will man sich nicht empathisch hineinversetzen. Man würde auf diese Weise nur entdecken, dass der Andere keinesfalls nur gute Absichten hegt. Die hypervigilante Beobachtung des Verhaltens der Bindungsperson steht hier deshalb auch nicht im Dienste der Mentalisierung, sondern dient vor allem dem Selbstschutz vor den nicht berechenbaren Reaktionen des Objekts (Fonagy et al. 2002, S. 355 ff). Die Fähigkeit des Kindes, die Gedanken und Gefühle anderer zu verstehen, wird dadurch in wachsendem Maße eingeschränkt (ebd.). Wenn das Kind trotzdem kohärente Repräsentationen seines Gegenüber in sich aufbauen will (Denett 1983; Gergely 2000), dann kann es dies nur tun, indem es die Repräsentation des Anderen in unterschiedliche, kohärente Subsysteme aufspaltet, die dann entweder idealisierte oder verfolgende Qualitäten besitzen. Auf Grund seiner mangelnden (oder aus Abwehrgründen suspendierten!) Mentalisierungsfähigkeit kann das Kind diese widersprüchlichen Repräsentationen nicht auf einer übergeordneten Ebene des Denkens zusammen führen (Fonagy et al. 2002, S. 366). Die mentalisierten Bilder des Anderen entsprechen von daher nicht der Realität und können allenfalls die Illusion eines interpersonalen Austauschs verschaffen (ebd.). Klinisch spricht man in diesem Zusammenhang von *Dissoziation* als einer Abwehroperation, die es möglich macht, die idealisierende Wahrnehmung des Bindungsobjekts aufrecht zu erhalten. Die nicht kontrollierbaren Unterbrechungen des Gedankenflusses muten dabei wie eine *Denkstörung* an. Die Denkstörung ist hier aber kein Anzeichen für eine drohende Selbstdesintegration, sondern Ausdruck einer vorübergehenden, abwehrbedingten *Suspendierung des Denkens* in Situationen, in denen das Subjekt durchaus Verknüpfungen zwischen seinen verschiedenen, gegensätzlichen Erfahrungen herstellen könnte, dies aber unbewusst mit allen Mitteln vermeidet, weil die damit verbundenen Erkenntnisse katastrophal wären. Für Bion (1959) stellt diese abwehrbedingte Verweigerung des Denkens deshalb auch einen „Angriff auf Verbindungen“ dar. Green (2002) spricht im gleichen Zusammenhang von einer „phobischen Position“, wobei die Phobie sich auf Denkvorgänge bezieht, mit denen ein Zusammenhang von Ereignissen hergestellt werden könnte, der sehr viel traumatischer wäre als jede, bis dahin bewusste Realität. Wissen wird an dieser Stelle schädlich und muss vermieden werden. Bion (1962) hat diese Form der Abwehr auch als negatives Wissen (–K) bezeichnet ((K = knowledge). Borderline-Patienten können deshalb auch nicht aus Erfahrung lernen (ebd.).

Die Bedeutung der Identifizierung mit dem Aggressor als Introjekt. Für die Borderline-Erfahrung am einschneidendsten ist aber die mit dem Wegfall des empathischen Objekts verbundene Introjektion des Täters als neues traumatisches Introjekt. Amati (1990) hat diesen Vorgang für Folteropfer eindrücklich beschrieben (Bohleber 2000, S. 822 f.). Gleiches gilt aber auch für die Introjektion einer traumatischen Bindungsfigur, die von da an die innere Welt des Kindes dominiert. Das Introjekt wirkt dabei wie ein Fremdkörper, der nicht mehr ausgestoßen, aber auf Grund seiner persekutorischen Intention auch nicht endgültig ins Selbst integriert werden kann (Fonagy 2008). Das Kind kann dann nicht anders, als sich mit diesem destruktiven Introjekt zu identifizieren, das es von da an wie eine Bedrohung erlebt, die von innen kommt. Es sucht dafür nach Gründen für diese Erfahrung und schreibt sich dabei selbst extrem negative Eigenschaften zu – Wertlosigkeit, Ungewolltheit, Hässlichkeit, Schuld (Fonagy 2008, S. 355). Man wird an die extrem schlechte Selbstbewertungen erinnert, die sowohl Westen (1992) als auch Leichsenring (2004) bei den von ihnen untersuchten Borderline-Patienten fanden.

„Der einzige Weg, mit solchen Introjektionen umzugehen, ist eine konstante Externalisierung dieser fremden Teile der Selbststruktur in einen *Container*“ (Fonagy 2008, S. 141). Dies geschieht auf dem Weg der *projektiven Identifizierung*. Die verfolgenden Teile werden dann als außerhalb des Selbst erlebt. Dadurch erreicht das Selbst vorübergehend ein illusorisches Gefühl von Sicherheit. Das Bedürfnis nach einem Container für die traumatisierenden Teile der Selbststruktur kann für den Borderline-Patienten eine Angelegenheit von Leben oder Tod sein (ebd.). Denn sobald das Projektionsobjekt verloren geht, kehrt der projizierte feindselige und quälende Fremdanteil ins Selbst zurück. Damit stellen sich auch das Bedrohungsgefühl, die panische Angst und das Gefühl der Desorganisation wieder ein (Fonagy et al. 2002, S. 362). Die einzige Möglichkeit, den fremden Anteil im Selbst zu vernichten, ist dann oft nur mehr der Suizid (ebd., S. 365). Borderline-Patienten können nicht zuletzt aus diesem Grunde sich von Objekten, die böseartig und destruktiv erscheinen, nicht trennen. Sie halten sie fest oder holen sie, wenn sie ihnen wirklich einmal den Laufpass gegeben haben sollten, wieder zurück, nicht primär aus masochistischen Motiven, sondern weil sie sie für das eigene Überleben brauchen: Solange das introjizierte maligne Objekt draußen geortet werden kann, braucht der Patient, um es zu vernichten, sich nicht selbst zu suizidieren. Gleichzeitig erzeugt diese Konstellation eine suchartige Abhängigkeit von dem Objekt, das Träger dieser Projektionen ist, zusammen mit dem Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit, dieser Situation

jemals zu entrinnen. Die mit Vorwürfen durchsetzte Depression des Borderline-Patienten hat hier eine ganz entscheidende Wurzel.

3. Die Borderline-Depression als Abwehr von Leere und dem Absturz ins Nichts

Bis hierher ging es immer um das Festhalten an einer Objektbeziehung, auch wenn diese noch so ängstigend oder verfolgend war. Es gibt aber eine Angst, die dem vorausgeht und einem passiven Erleben völliger Hilflosigkeit entspricht, ohne ein sicherheitsspendendes Objekt, das in der Lage wäre, diese Ängste aufzunehmen und den erlebten Zerfall aufzuhalten (Bick 1968, S. 236 f.). Sie ereignet sich lange vor der Etablierung des autobiographischen Gedächtnisses und kann deshalb zwar erfahren, aber nicht gedacht, geschweige denn benannt werden. Weil es in diesem frühen Entwicklungsstadium noch keine verlässliche Trennung von Ich und Nicht-Ich gibt, gibt es auch kein benennbares Subjekt für diese Erfahrung (Winnicott 1974, S. 104). Es handelt sich um primitive Vernichtungsängste, wie sie unter anderem als endloses Fallen (ebd., S. 104) oder als endloser Sturz in den Raum (Bick 1968) erlebt werden. Bion (1970) spricht im gleichen Zusammenhang von „katastrophischen Ängsten“ vor einer nicht mehr wieder gut zu machenden Beschädigung der Objekte, die in Wirklichkeit längst stattgefunden hat (Birkstedt-Breen 2003). Was klinisch davon sichtbar wird, ist dann immer bereits eine Ersatzbildung (Winnicott 1974, S. 107), denn die zugrunde liegende Agonie ist unvorstellbar.

Ganz Ähnliches 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). Für einen Patienten ist es sehr viel leichter, sich an etwas zu erinnern, was ihm zugefügt wurde, als an etwas, das bewusst oder unbewusst erwartet wurde, aber *nicht* geschah. Leere ist dann sehr oft die letzte noch verbliebene, negative Spur des Nicht-Geschehenen und der Objekte, die dabei der Auslöschung oder Verwerfung anheim fielen. Green spricht im gleichen Zusammenhang von einer *negativen Halluzination*, die von keiner Vorstellung begleitet ist, weil mit der ursprünglichen Katastrophe auch dem Objekt die Besetzung entzogen wurde, die mit ihr verbunden war (Green 1999), Benedetti (1983) von „Todeslandschaften“, „Leerräumen“, „stummen Zonen des Unbewussten“ oder „schwarzen Löchern“, in deren Zentrum die Angst vor dem Nichts steht. Was uns in diesen Fällen *klinisch* entgegentritt, spiegelt dann nicht mehr die ursprüngliche Erfahrung des Kindes wieder, sondern ist bereits das Ergebnis eines restitutiven Akts, mit dem dieses Loch

überdeckt werden soll. Das nicht benennbare Trauma bekommt auf diese Weise einen Namen, während die Abwesenheit selbst im Nicht-Symbolischen verbleibt, als „Nichts“, aber mit einem tiefreichenden, zerstörerischen Einfluss auf das verwundbare Selbst (Gurevich 2008, S. 563, meine Übersetzung). Oder, in Faimbergs Worten: „Eine Abwesenheit ist eine Anwesenheit, die angreift“ (Faimberg 2005, S. 11, meine Übersetzung).

Folgt man Bråten (1992, 1998), dann gibt es in der Psyche des Säuglings ein angeborenes Design über die Mutter als *virtuellen Anderen*, der die Mutter als die *tatsächliche Andere* im wechselseitigen Dialog erwartet und willkommen heißt (Bråten 1972, S. 87 f., zit. nach Dornes 2002, S. 306). Was es heißt, wenn die tatsächliche Andere diese Spur verfehlt, kann man an den Experimenten der Säuglingsforschung ablesen, in denen die Mutter veranlasst wird, in der Interaktion mit dem Säugling für kurze Zeit ein unbewegtes Gesicht zu zeigen (Tronick et al. 1978; Tronick 1998). Die abwehrende und schließlich verzweifelte Reaktion des Säuglings auf die Erfahrung des unbewegten Gesichts der Mutter muss etwas mit der Enttäuschung einer vorangehenden Erwartung zu tun haben. Wenn das Kind anstelle von Geborgenheit und Harmonie auf die Abwesenheit dessen trifft, was es erwartet hat und noch nicht erkennen kann, dass es dem Schmerz der Abwesenheit ausgesetzt ist, kann es diese Abwesenheit nur als Schock erleben. Das ausbleibende Lächeln der Mutter bringt sein eigenes Lächeln zum Gefrieren (Gurevich 2008, S. 562). Was hier für das ausbleibende Lächeln beschrieben wird, gilt auch für alle anderen Erfahrungen von Abwesenheit. Wir brauchen dazu nur an eine Mutter denken, die es für richtig hält, ihr Baby nachts durchschreien zu lassen, bis es irgendwann erschöpft aufgibt, um es am nächsten Morgen liebevoll aus dem Bett zu nehmen, so als wäre nichts geschehen. Was dem Baby in einer solchen Nacht widerfahren ist, steht in keinen Akten, so wie es dafür weder Kläger noch Richter gibt. Die absolute Verlassenheit, der es ausgesetzt war, ohne dass die damit verbundenen Affekte jemals eine adäquate Spiegelung erfahren, erzeugt im Laufe der Zeit aber eine innere Verfassung, die Green (1999) in seiner Klinik des Negativen als „weiße Angst“ und „weiße Trauer“ beschrieben hat, als Übersetzung eines auf der narzisstischen Ebene erlittenen Verlusts. Später erlittene Traumata, zu denen auch psychischer oder sexueller Missbrauch gehören, können dann die Funktion übernehmen, das dadurch entstandene 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. Die oft ungemein hartnäckigen depressiven Klagen (und Anklagen) von Borderline-Patienten lassen sich vor diesem

Hintergrund auch als „schwarze Depression“ beschreiben, die eine „weiße Depression“ überdeckt. Woods (2008, S. 230) beschreibt die gleiche Erfahrung mit dem Bild einer Patientin, die in ihren wiederkehrenden Träumen sich selbst immer wieder als bewegungsloses, mumifiziertes Baby sah, das durch das All schwebte.

Stärker noch drückt sich die Angst, dass hinter dem immerhin noch fassbaren Trauma oder einer wenn auch noch so schrecklichen Verlassenheitserfahrung nur mehr Leere und Nichts stehen könnten, im Traum eines Patienten aus, der von Benedetti (1983) geschildert wird. Nach den Schilderungen des Patienten war dies der katastrophalste Traum, den er jemals hatte. Er befand sich in diesem Traum auf der Suche nach einem „Todeskandidaten“ und forschte in einer Pyramide nach ihm. Dabei erkannte er, dass diese Pyramide eine kleinere umschloss, die so etwas wie ihr Schatten war. Diese zweite Pyramide barg eine dritte in sich, und so ging es immer weiter. Der Patient wollte den inneren Kern der Pyramide aufspüren, aber am Ende sah er mit Schrecken, dass die Pyramiden – kleiner und kleiner werdend - sich schließlich in Nichts auflösten: es gab keinen inneren Kern, er war einfach nicht vorhanden. Der Todeskandidat existierte nicht (ebd., S. 50 f.). Der Patient war statt dessen mit dem Nichts konfrontiert. Bei einem solchen Patienten, so Benedetti, wäre es sinnlos, diese Leere zu analysieren und nach frühen Angsterlebnissen zu suchen, die dafür verantwortlich sein könnten. Denn dazu muss es erst einen Adressaten geben, ein Ich im Patienten, dem man diese Einsichten mitteilen könnte (ebd.). Dem Analytiker bleibt an dieser Stelle deshalb zunächst nichts anderes übrig, als dieses Nichts stellvertretend für den Patienten zu containen, bis sich die damit verbundene Vernichtungserfahrung nicht mehr in sinnlosen Aktionen Ausdruck verschaffen muss, die lediglich der Evakuation des Unerträglichen dienen. Bis dahin müssen Borderline-Patienten das schwarze Loch, das sich in ihrem Innern auftut, auf andere Weise stopfen, damit seine Bodenlosigkeit nicht sichtbar wird. Das rigide *Festhalten an einer erlittenen traumatischen Erfahrung* ist eine davon. Eine andere ist das *Verdecken der Vernichtungsangst durch Wut und Hass* (zur Deckabwehr vgl. Greenson 1958). Die existenzielle Bedrohung von innen wird auf diese Weise externalisiert und im Wege der Rollenumkehr gleichzeitig vom Passiven ins Aktive gewendet. Mit Melanie Klein (1946) könnten wir auch sagen, dass anstelle des nicht verfügbaren, abwesenden guten Objekts ein anwesendes böses Objekt erschaffen wird, dem nun die ganze Wut des Borderline-Patienten gilt. Dieser Prozess kann sich so verselbständigen, dass er später allein bei der Vorstellung von Trennung wie automatisch in Gang gesetzt wird.

Ich erinnere mich in diesem Zusammenhang an eine Borderline-Patientin, die während ihrer psychoanalytischen Therapie Symptome einer Multiplen Sklerose entwickelte und dadurch in so schwere Angstzustände geriet, dass sie vorübergehend nicht mehr allein in ihrer Wohnung sein konnte und selbst dringend nach der Aufnahme in eine psychosomatische Klinik verlangte. Ich tat alles, um diese Aufnahme so schnell wie möglich in die Wege zu leiten und die Patientin verabschiedete sich von mir sichtlich dankbar, wenn auch mit Tränen in den Augen. Nach ihrer Rückkehr aus der Klinik erfuhr ich von ihr, dass sie unmittelbar nach dieser Sitzung zu Hause von einer solchen Wut überfallen wurde, dass sie ihre ganze Wohnung kurz und klein schlug. Sie konnte sich dies im Nachhinein selber nicht mehr erklären. Es sei aber ein solcher Schmerz über sie gekommen, dass sie sich nicht anders zu helfen wusste, als zu der offenbar schon bereit liegenden Axt zu greifen. Unbewusst galt der maßlose Wutanfall zweifellos mir. Wie die Patientin mir später schilderte, erlebte sie mich in diesem Moment als jemand, die sie nicht aus Besorgnis in die Klinik schickte, sondern weil die sie loswerden wollte. Dieses erschreckende Gefühl musste sie deshalb sofort im Außen buchstäblich mit der Axt vernichten.

Die gleiche Patientin sagte mir, als sie über den Tod ihrer Mutter sprach, die kurz zuvor an Krebs gestorben war: „Die Mutter hätte nicht sterben dürfen. Sie ist einfach gestorben, während ich mich für einen Moment von ihr entfernt hatte. Das hätte sie mir nicht antun dürfen. Das verzeihe ich ihr nie. Ich hätte damals den Leichnam am liebsten aus dem Fenster geschmissen, so sehr habe ich sie in dem Moment gehasst.“ Diese Patientin hatte ihr Leben lang um die Liebe der Mutter gerungen und sie gleichzeitig zutiefst gehasst, weil sie ihr in den ersten Lebensjahren nicht zuletzt wegen der Geburt immer weiterer Kinder nicht die Liebe und Fürsorge hatte angedeihen lassen können, die sie in dieser Zeit unbedingt gebraucht hätte. Vermutlich war die Mutter damals auch selbst schwer depressiv gewesen. Nun kämpfte die Patientin in der Therapie weiter mit allen Mitteln um eine Zuwendung, die durch nichts unterbrochen werden und niemals ende durfte. Das hartnäckige Festhalten an ihrer wütenden Anklage mir gegenüber blockierte in ihr lange Zeit hindurch die Erkenntnis, dass es sich dabei um ein Phantasma handelte und ich ihr, selbst wenn ich dies gewollt hätte, niemals in einer Weise hätte zur Verfügung stehen können, wie es diesem phantasmatischen Wunsch entsprach. Auf meine Frage, was geschehen würde, wenn sie diesen wellenförmig wiederkehrenden Hass mir gegenüber einmal aufgeben würde, sprach sie von auftauchenden Leeregefühlen, denen sie dann nicht mehr ausweichen könnte und die sie fürchte wie sonst nichts in ihrem Leben. Es gebe dann nichts mehr, was sie am Leben hielte.

4. Depression als Füllsel von Leere

Wenn Wut und Hass zur Abwehr katastrophischer Ängste nicht mehr ausreichen und die Leeregefühle sich Bahn zu brechen drohen, muss der Patient zu anderen Abwehrformen greifen, die geeignet sind, das schwarze Loch in seinem Innern zu füllen. Beschrieben werden im Folgenden die *Konservierung des verlorenen Objekts in einer inneren Krypta*, die *Heroisierung des Leidens* und, bevor das Objekt endgültig verloren zu gehen droht, die *Konservierung des depressiven Affekts* als eines inneren Dauerzustands, der den mit dem Verlust des Objekts sich öffnenden inneren Abgrund füllt. .

Die Konservierung des Objekts. Was mit „Konservierung des Objekts“ gemeint ist, hat Green in seiner berühmten Arbeit über „Die tote Mutter“ (Green 1983) auf eindrucksvolle Weise beschrieben. Die reale Mutter ist hier nicht wirklich tot, aber auf Grund ihrer Depression innerlich abwesend. Das Kind introjiziert die Imago dieser abwesenden Mutter und spaltet sie gleichzeitig ab. Dabei verwandelt sie sich in eine ferne, starre, gleichsam unbeseelte Figur (Green 1983, S. 205), die weder betrauert noch begraben werden kann. An ihrer Stelle entsteht eine innere Leere – in den Worten Greens (S. 209) eine „*weiße Depression*“, die in der Anwesenheit des Objekts geschieht und die Folge eines narzisstischen Verlustes ist. Hauptabwehrmechanismus ist dabei der Besetzungsabzug vom mütterlichen Objekt - ein psychischer Mord, der ohne Hass erfolgt (ebd., S. 215). Später kann sich eine – in Greens Worten – „*schwarze*“ Depression über die so entstandene leere Stelle legen, die im Gegensatz zur weißen Depression durchaus mit Hass verbunden sein kann. Dieser Hass ist dann aber bereits ein sekundäres Phänomen, das die Spur verwischen soll, die noch von diesem „stillen Töten“ (Igra 1992) kündigt. Die therapeutische Interpretation dieses Hasses allein wird deshalb auch niemals dorthin vorstoßen, wo der Patient auch seine Liebe gelassen hat, nämlich dem Grab der toten Mutter. Der Patient verbringt sein Leben damit, diese Tote zu versorgen, gerade als sei einzig und allein nur er dafür zuständig. „Als Grabwächter und einziger Besitzer des Schlüssels zur Gruft erfüllt er seine Pflegeelternfunktion im Geheimen. Er hält die tote Mutter gefangen, die auf diese Weise ganz sein eigen bleibt“ (Green 1983, S. 230). Gleichzeitig werden auf diese Weise auch Vergänglichkeit und Tod verleugnet. Stattdessen gerinnt die Zeit zu einer unaufhörlichen Gegenwart. Und doch kommt es - in Greens Worten – manchmal ganz unerwartet zu einem Frieren mitten in der Hitze, zu einem Todesschauer, der daran gemahnt, dass es sich dabei um eine Friedhofsszene handelt (S. 222).

Nicolas Abraham und Maria Torok (1987) sprechen im gleichen Zusammenhang von einer inneren Krypta, die getrennt vom Rest der Psyche ihr Dasein im Geheimen fristet. In ihr wird der erlittene Verlust eines narzisstisch unersetzlichen Objekts mit der Phantasie überdeckt, das Objekt nicht verloren, sondern einverleibt und damit gleichzeitig auf magische Weise in Besitz genommen zu haben. „Alle Worte, die nicht gesagt werden konnten, alle Szenen, die nicht erinnert werden konnten, alle Tränen, die nicht vergossen werden konnten, werden mit dem Trauma, das die Ursache des Verlustes ist, zusammen verschluckt. Verschluckt und *konserviert*. Die unsagbare Trauer errichtet im Inneren des Subjekts eine *geheime Gruft*“ (ebd., S. 551, Hervorhebung im Original), in der das verlorene Objekt am Leben gehalten und Zentrum einer unbewussten Phantasiewelt wird, die im Verborgenen ihr Leben führt.

Die Heroisierung des Leidens. Die Abwesenheit des erhofften Objektes bedeutet nicht nur Sehnsucht, sondern vor allem auch *Leiden*. Die Steigerung dieser Leidenserfahrung ins Grenzenlose hat auf der narzisstischen Ebene dann oft den Sinn, das Objekt herbei zu zwingen, wie in der von Kafka beschriebenen Szene, in der Jesus einen solchen, von abgrundtiefem Leid gezeichneten Menschen anblickt und Mitleid empfindet. „Dieser hat genug gelitten. Dieser kommt zu mir“, sagt er und nimmt ihn - endlich – bei sich auf (Kafka, Tagebücher, 1910-1923). Oft besitzt diese Form des Leidens eine erotische Qualität, die nur schwer von einer masochistischen Perversion zu trennen ist. Der masochistische Triumph erfährt dann zugleich eine sexuelle Überhöhung. Bedeutsamer noch ist die narzisstische Glorifizierung, die sich dem Leiden beimischen kann. Ausmaß und Intensität des Leidens entsprechen dabei der Intensität des Verschmelzungswunsches, der dem erhofften, idealisierten Objekt gilt. Das Objekt selbst bleibt unerreichbar, aber der unbewusst induzierte Leidenszustand suggeriert, dass es zumindest nahe ist.

Es gibt einen tibetanischen Mythos, in dem ein Mensch dazu verurteilt ist, unentwegt nach seinem ersehnten Objekt zu suchen und dabei unendliche Schmerzen zu erleiden. Die Marter besteht darin, dass er das Objekt auf dem Gipfel eines Baumes erblickt und beginnt, hinauf zu klettern. In dem Moment kehren sich die spitzen Zweige des Baumes nach unten und dringen, während er klettert, in ihn ein. Als er schließlich unter großen Schmerzen auf dem Wipfel des Baumes anlangt, sieht er das Objekt unten am Fuß des Baumes stehen. Während er herunterklettert, richten sich die Zweige des Baumes nach oben und beginnen erneut, ihn zu zerfleischen.

Diese Geschichte wurde mir von einem Patienten mit einer schweren sadomasochistischen Perversion erzählt, den ich längere Zeit in Analyse hatte (Rohde-Dachser, 1986). Das Bild, mit dem er seine verzweifelte Suche nach dem Objekt beschrieb, lässt sich auf dieser sexuellen Ebene allein aber nicht hinreichend erfassen. Es weist auf die unstillbare Sehnsucht nach einem Objekt hin, dem sich der Patient beim Versuch der Annäherung selbst zum Opfer bringt, in der Hoffnung, dafür eines Tages mit der erhofften (Wieder-)Vereinigung belohnt zu werden.

Depression als Objektersatz und ständiger innerer Begleiter. Moser u. v. Zeppelin (2004) und Moser (2009)⁴ haben im gleichen Zusammenhang den Begriff der „Affektkonserve“ geprägt, bei dem anstelle des verlorenen Objekts der dazu gehörige vorherrschende Affekt besetzt und zum inneren Begleiter gewählt wird. Denn der vom Objekt losgelöste Affekt und die gefühlhaften Stimmungen, in denen er zum Ausdruck kommt, sind im Gegensatz zum Objekt immer verfügbar und können sich zudem mit der Hoffnung paaren, dass sich irgendwann in einer fernen Zukunft doch noch alles zum Guten wenden wird, ohne diese Hoffnung jemals auf ihre Erfüllbarkeit hin überprüfen zu müssen (Potamianou 1997). Die Depression ist dazu der Affekt *par excellence*. Wenn alle anderen Mittel versagen, kann der innere Rückzug in eine Welt, die mit der Depression gefüllt ist, die einmal dem verlorenen Objekt gegolten hat, einen letzten, manchmal lebensrettenden Weg darstellen, um der Konfrontation mit dem Nichts zu entgehen (Steiner 1993). Was wir dann in der psychoanalytischen Situation zu sehen bekommen, ist eine stabile, sich selbst verstärkende Abwehrorganisation, deren oberstes Ziel es ist, den status quo aufrechtzuerhalten (Moser 2009, S. 91; vgl. dazu auch Weiß 2009, S. 20 ff.).

Der depressive Affekt signalisiert einen drohenden oder bereits eingetretenen psychischen Stillstands, verbunden mit einem Gefühl von *Lähmung*, das sich von innen her ausbreitet und die ganze Person erfüllt. Auch das Bewusstsein verändert sich. Das Denken erfolgt in „lähmender Schläfrigkeit“ (Moser, S. 99); mit dem Verlust des Gefühls, das Objekt doch noch zu erreichen, geht auch die Selbstachtung zunehmend verloren. Das Subjekt klagt über Gefühle, nicht geliebt zu werden, nicht fähig sein zu lieben, das begehrte Objekt zu verlieren, nicht gut zu sein, dem eigenen Ideal nicht zu genügen, usw. (ebd.). Hinzu kommen Gefühle der Scham, der Schuld und des Verlassenseins (S. 95). Es gelingt dem Subjekt nicht, sich aus dieser Lähmung herauszubewegen, die sich wie eine Verfärbung immer weiter ausbreitet und jede Situation dominiert. Die Bedeutung der Dinge geht verloren, das Erleben verkümmert (S. 93). Weil die Bewegung auf das Objekt des Begehrens hin deaktiviert ist, bleiben auch die Wünsche in einer ewigen Warteschleife hängen (S. 105). Dem Ganzen liegt ein Teufelskreis zugrunde, der nach meinen Erfahrungen insbesondere das Erleben von Borderline-Patienten auf spezifische Weise kennzeichnet: Am Anfang steht die fortgesetzte Enttäuschung oder Kränkung durch ein Objekt, das die Erfüllung vitaler Wünsche (nach Zuwendung, Spiegelung, Sicherheit, Kontinuität) verweigerte, so lange, bis das Subjekt sukzessive die damit verbundenen Erwartungen aufgab. Die damit verbundenen Wünsche werden dadurch

⁴ Ich stütze mich im Folgenden hauptsächlich auf Moser (2009): Theorie der Abwehrprozesse, und darin auf das Kapitel 28 „Depression. Ein zweiter Nachschlag“, S. 91-105.

aber nicht ausgelöscht. Sie werden dem Objekt gegenüber aber nicht mehr signalisiert, sondern kommen nur mehr indirekt in der Depression des Subjekts zum Ausdruck. Mit jeder neuen Hinwendung zum Objekt und jeder neuen Zurückweisung verstärkt sich die Depression, bis sie schließlich als Zustandsaffekt ganz an die Stelle der Objektbeziehung tritt.

Das Objekt wird in diesem Prozess in der Regel aggressiv entwertet („Meine Mutter, von der habe ich nie etwas gehabt!“). Für Moser handelt es sich dabei aber nicht um Hass auf das Objekt, auch wenn dies auf den ersten Blick leicht so erscheinen mag, denn Hass und Liebe sind Teil eines Beziehungsgefühls (Moser, 46 ff.). Hier geht es aber gerade nicht um Beziehung, sondern um die aggressive Abwehr von Beziehung, die sich nicht auf aggressive Wünsche gegenüber dem Objekt zurückführen lässt (S. 102). Das Objekt muss vielmehr ferngehalten werden, damit es nicht zu einer erneuten Bedrohung wird, und dazu muss es seines Werts entkleidet werden. Erst wenn das vollständig gelungen ist, hört es auf, Objekt des Begehrens zu sein. Moser sieht darin eine *Form der Regulierung der Nicht-Regulierung unter Beibehaltung des Objekts* (S. 102), während die depressive Traurigkeit (*depressive sadness*) im Subjekt einen immer größeren Raum einnimmt. Entscheidend ist dann, inwieweit daneben noch ein Teil des Selbst erhalten geblieben ist, der diese depressive Traurigkeit containen kann, oder ein Teil des Selbst noch Hoffnung hegt, das Objekt eines Tages doch noch für sich gewinnen zu können (S. 100). Wenn dies nicht der Fall ist, kann das depressive Erleben Ausmaße annehmen, aus denen oft nur noch der Suizid als Ausweg erscheint - oft mit der Phantasie eines glücklicheren Seins in einer anderen Welt. Kristeva (1987/2007) hat dieses Erleben eindrucksvoll in Worte gefasst: Für bestimmte Patienten, so sagt sie und meint damit Patienten mit einer frühen, nicht symbolisierbaren Verletzung, die sich als narzisstisches Gefühl des Mangels und der Furcht vor Leere niederschlägt, ist „die Schwermut in Wirklichkeit das einzige Objekt, genauer: sie ist Ersatzobjekt, an das er sich bindet, das er, mangels eines anderen, hegt und pflegt. In diesem Fall stellt der Selbstmord keinen verschleierte Kriegsakt dar, vielmehr die Vereinigung mit der Schwermut und, über sie hinaus, mit jener unmöglichen, niemals berührten Liebe, die gleich den Versprechen des Nichts, des Todes, immer anderswo ist“ (S. 20). Diesem Zitat habe ich auch den Titel für diese Arbeit entnommen.

5. Zur Therapie der Borderline-Depression

Patienten, die in der hier beschriebenen Weise gezeichnet sind, können auf der Ebene der Konfliktdeutung kaum oder gar nicht erreicht werden. An ihrer Stelle hat die Regulierung der therapeutischen Beziehung absolute Priorität (Moser 2001). Dabei geht es zunächst vor allem um die Reduktion der mit der therapeutischen Beziehung verbundenen Erregung (Fonagy 2008, S. 140). In der Borderline-Therapie wiederholt der Patient die Beziehungen, die er selbst einmal mit frühen, traumatisierenden Objekten hatte und erlebt sie dabei erneut als unmittelbare Realität. Der Analytiker wird dabei immer wieder zum Verfolger, zum Vergifter der Beziehung oder auch zu einem Objekt, dem man nie trauen kann (Moser 2001, S. 118). Der Patient fühlt sich in dieser unerträglichen Beziehung gefangen; er kann aber auch nicht auf sie verzichten. Denn so negativ der Analytiker in der Übertragung auch erscheinen mag: als Container seiner Projektionen ist er für den Patienten gleichzeitig unverzichtbar; oft wird er auf diese Weise zur letzten Rettung vor dem sonst unmittelbar drohenden Suizid. Aus diesem Grunde ist allein schon die Vorstellung, dass der Analytiker ihn verlassen könne, unerträglich und aktiviert das Bindungsverhalten des Patienten - als verzweifelte Suche nach einem sicheren Halt, der der Auslieferung an maligne innere Objekte und der damit verbundenen Selbstfragmentierung eine Grenze setzt. Unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen der Therapie ist deshalb eine lange und verlässliche therapeutische Beziehung, in der der Analytiker dem Patienten immer wieder signalisiert, dass er verstanden hat, worum es ihm vor allem geht, nämlich der (Wieder)-Errichtung eines stabilen Selbst, dem wieder eigene Wirkmöglichkeiten offen stehen. Denn erst, wenn dies gelungen ist, kann er sich auch mit seinen inneren Konflikten konfrontieren, die er bis dahin nur als Chaos oder Leere wahrnehmen konnte. Borderline-Therapien scheitern nach meiner Erfahrung vor allem daran, dass der Analytiker den Patienten in seinen strukturellen Möglichkeiten überschätzt und ihn mit Konfliktdeutungen traktiert, während dieser selbst verzweifelt gegen die Gefahr der Selbstfragmentierung kämpft. Dem Patienten bleibt dann nur mehr der Rückzug aus der therapeutischen Beziehung in ein inneres Refugium, in das der Psychoanalytiker ihm nicht mehr nachstellen kann (Steiner 1993). Dort fühlt er sich geschützt, wenn auch auf Kosten seiner Beziehung zum Psychoanalytiker, der zu seiner Überraschung irgendwann bemerkt, dass der Patient ihm unbemerkt entglitten ist. Borderline-Patienten sind auf Grund ihrer frühen traumatischen Erfahrungen extrem verwundbar, auch wenn sie dies nach außen nicht immer zeigen. Konfliktdeutungen gleich welcher Art werden dann wie das Rühren in einer offenen Wunde erlebt. Dies gilt für die Deutung ödipaler Konflikte ebenso wie für die

Deutung von Aggressionskonflikten. Die positive Verarbeitung solcher Deutungen erfordert eine Ich-Struktur, über die Borderline-Patienten zumindest am Beginn ihrer Behandlung in der Regel nicht verfügen. Der Analytiker kann unter diesen Bedingungen den Patienten oft lange Zeit nur durch *analytikerzentrierte Deutungen* (Steiner 1993) erreichen, in denen er die Gefühle und Ängste des Patienten thematisiert, die dieser auf den Analytiker richtet.

Der Patient lernt auf diese Weise allmählich, auch über andere Perspektiven nachzudenken, das heißt zu mentalisieren (Fonagy 2008, S. 140). Auch für Fonagy besteht das Ziel der Borderline-Therapie vor allem im Aufbau eines *robusteren, mentalisierenden Selbst* (ebd., S. 142). Er vertritt damit eine andere Auffassung als Kernberg, für den die *Deutung der negativen Übertragung* in der Borderline-Therapie von Beginn an Priorität hat. (Kernberg 1975, 2000). Die negative Übertragung kann aus meiner Sicht aber erst erkannt und überdacht werden, wenn der Patient in der Lage ist, eine dritte Position einzunehmen, von der aus er das Geschehen in der therapeutischen Beziehung reflektieren kann. Vorher wird jede Konfrontation mit den eigenen negativen Gefühlen wie eine Zurückweisung erfahren, die anstelle von Einsicht nur ein vermehrtes Bindungsverhalten zur Folge hat. Sicher ist es so, dass die negative Übertragung in der Borderline-Therapie einen großen Raum einnimmt, dem auf Seiten des Analytikers entsprechend heftige negative Gegenübertragungen entsprechen (dazu auch Rohde-Dachser 2004, S. 147 ff.). Nach meiner Erfahrung geschieht dies aber vor allem, weil diese Patienten sich nicht vorstellen können, dass es eine andere Möglichkeit der Bindung gibt als die oft katastrophische, unter der sie selbst ein Leben lang gelitten haben.

Früher oder später kommen Borderline-Patienten in der Therapie dabei auch in Kontakt mit jener Form von Abwesenheit, in der ein Anderer, von dem er in dieser Situation völlig abhängig war, für ihn nur als Abwesender erfahrbar war und er, der Patient, damals nicht anders konnte, als sich mit dieser Abwesenheit zu identifizieren (Green 1975; Gurevich 2008). Eine solche Erfahrung ist nicht in Worten mitteilbar, obwohl sie das Erleben des Subjekts mit jeder Faser durchdringt. Die Erfahrung der Abwesenheit kann sich nur negativ verständlich machen, in der Verweigerung, im Rückzug, in dem, was in den psychiatrischen Krankheitsverzeichnissen unter der Diagnose „Schizoidie“ firmiert (Gurevich 2008). Der Analytiker muss in der Lage sein, auch diese Sprache zu verstehen und eine Umgebung herzustellen, in der der Patient diese Abwesenheit erfahren und in der er sie wieder beleben kann. Früher oder später wird der Patient dann auch mit der Vernichtungsangst in Berührung kommen, die vor langer Zeit einmal der Abwesenheit eines Anderen gegolten hat. Wenn

diese Erfahrung möglich geworden ist, und zwar in einer aufeinander abgestimmten (*attuned*) therapeutischen Beziehung, wird sie mit Bedeutung, Symbolisierung und Bestätigung versehen und braucht nicht mehr weiter dissoziiert werden (ebd., S. 89 f.). Dann wird es auch möglich, das Erinnernte in eine authentische Geschichte zu transformieren, die den Schmerz, der damit verbunden ist, zwar nicht aufheben kann, ihn aber zu einem Teil der eigenen Lebensgeschichte macht, vor dem man nicht mehr fliehen muss. Das Gleiche gilt auch für die Erfahrung von *Leere*.

Der Patient braucht oft lange Zeit, um zu begreifen, dass auch das Gefühl von absoluter Leere zum Leben gehört, und dass diese Leere nicht unbedingt in den katastrophischen Absturz führen muss, vor dem er sich bisher so maßlos fürchtete. Man muss diese Leere dazu aber in sich erkennen und ihr einen Namen geben (Britton 1998/2001, S. 209). „Sei und wisse zugleich des Nicht-Seins Bedingung“, schreibt Rilke in den Sonetten an Orpheus (Rilke 1975, Bd. 2, S. 759, zit. nach Britton, S. 211). Für Britton entstammt die Erfahrung innerer Leere „aus der Berührung mit einem potentiellen Raum im Selbst, der nie ausgefüllt worden ist, einer angeborenen und nie erfüllten Hoffnung, einer ungeformten Erwartung, die nie Gestalt gewonnen hat“ (ebd.). Ein Gefühl für Sein und für Wissen wird wieder hergestellt, wenn diese Leere, des *Nicht-Seins Bedingung*, vorstellbar wird. Wenn, so könnten wir hinzufügen, ein Punkt im Leben erreicht worden ist, von dem aus Fülle und Leere, Leben und Tod, Sein und Nicht-Sein in ihrer gegenseitigen Bedingtheit erkannt und akzeptiert werden können, und nicht mehr als sich gegenseitig ausschließende Gegensätze. Money-Kyrle (1971) spricht im gleichen Zusammenhang von der Anerkennung der Grundtatsachen des Lebens, zu denen auch Trennung und Tod gehören, Lacan (1958) von der symbolischen Kastration als Anerkennung des Verzichts auf die phantasierte Einheit mit der Mutter, die den Eintritt in die symbolische Ordnung ermöglicht. Es dauert oft lange Zeit, bis Borderline-Patienten diesen Punkt erreichen. Zu sehr fühlen sie sich, um überleben zu können, auf die Aufrechterhaltung ihrer früh errichteten Abwehrstrukturen angewiesen. Die Psychoanalyse hat heute aber eine ganze Reihe methodischer Zugangsweisen entwickelt, um dieses hartnäckige Festhalten am status quo zu verstehen. Die Verschiebung des psychoanalytischen Augenmerks von der sprachlichen Äußerung auf die szenischen Inszenierungen des Patienten ist davon eine der wichtigsten. Die psychoanalytische Behandlung von Borderline-Patienten hat von daher heute eine durchaus gute Prognose. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass der Analytiker dem Patienten so lange, wie dieser es braucht, in einer verlässlichen therapeutischen Beziehung zur Verfügung steht. Ob unser medizinisches Versorgungssystem dafür immer die

notwendigen Voraussetzungen bereit stellt, ist eine andere Frage. Die Psychoanalyse hat die dazu notwendigen Behandlungsinstrumente jedenfalls entwickelt.

Literaturverzeichnis

Abraham, N., Torok, M. (1987/2001). Trauer oder Melancholie. Introjizieren - inkorporieren. *Psyche - Z Psychoanal* 55: 545-559.

Amati, S. (1977). Reflexionen über Folter. *Psyche – Z Psycho-Anal.* 31: 22-245.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Deutsche Bearbeitung und Einführung von H. Saß, H.-U. Wittchen u. M. Zaudig. Göttingen Bern Toronto: Hogrefe 1996.

Beeghly, M., Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self esteem: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Dev Psychopatholog* 6: 5-30.

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.(Ed.). *Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis*. Bd. 1: Beiträge zur Theorie. München u. Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1988.

Bion, W. R. (1959). Angriffe auf Verbindungen. In Spillius, E. B. (Hrsg.). *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis*. Bd. 1: Beiträge zur Theorie. München und Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse, S. 110-129.

Bion, W. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock.

Bion, W. R. (1962/1992). *Lernen durch Erfahrung*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Birkstedt-Breen, D. (2003). Time and the après-coup. *Int J Psychoanal* 2003: 1501-1515.

Blatt, S. J. (1974). Levels of object representations in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child* 29: 107-157.

Blatt, S. J., D'Affliti, J. P., et al. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology* 85: 383-389.

Blatt, S. J., Quinian, D. M., et al. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 113-124.

Blatt, S., Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review* 12: 527-562.

Blatt, S. J., Luyten, P., et al. (2005). Zur Entwicklung eines dynamischen Interaktionsmodells der Depression und ihrer Behandlung. *Psyche - Z Psychoanal* 59: 864-891.

Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psycho-Anal.* 54: 797-839.

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.

- Bråten S (1992). The virtual other in infants' minds and social feelings. In Wold A. (Hrsg.). *The Dialogical Alternative. Toward a Theory of Language and Mind*. Oslo: Scandinavian Univ Press, S. 77-97.
- Bråten, S. (1998). *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Britton, R. (1998/2001). *Glaube, Phantasie und psychische Realität. Psychoanalytische Erkundungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dahl, H. (1995). An information feedback theory of emotions and defenses. In Conte, A., Plutchik, R. (Eds.). *Ego defenses: Theory and measurement*. New York: Wiley, pp. 98-179.
- Dennett, D. C. (1983). *The Intentional Stance*. Cambridge/MA: MIT Press.
- Dornes, M. (2002). Der virtuelle Andere. Aspekte vorsprachlicher Intersubjektivität. *Forum der Psychoanalyse* 18: 303-331.
- Faimberg, H. (2005). Après-coup. Response. *Int J Psycho-Anal* 86: 1-6.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*: München, Reinhardt-Verlag.
- Fonagy, P. (2008). Psychoanalyse und Bindungstrauma unter neurobiologischen Aspekten. In Leuzinger-Bohleber; M., Roth, G., Buchheim, A. (Hrsg.). *Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 132-148.
- Fonagy, P., Gergely, G, Jurist, E. L. (2002). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2004.
- Fonagy, P., Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J Psycho-Analysis* 77: 217-233.
- Fonagy, P., Target, M. (2000). Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. *Psyche – Z Psychoanal* 55(9/10): 961-995.
- Frances, A., Clarkin, J.F., Gilmore, M., Hurt, S.W., Brown, R. (1984). Reliability of criteria for borderline personality disorder. A comparison of DSM-III and the Diagnostic Interview for Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry* 141: 1080.1084.
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. *GW Bd. 10*, S. 427-446. Frankfurt/M.: Fischer.
- Furst, S. (1978). The stimulus barrier and the pathogenicity of trauma. *Int J Psycho-Anal* 59: 345-352.
- Gergely, G. (2002). Ein neuer Zugang zu Margaret Mahler: Normaler Autismus, Symbiose, Spaltung und libidinöse Objektkonstanz aus der Perspektive der kognitiven Entwicklungspsychologie. *Psyche - Z Psycho-Anal* 56: 809-838.
- Green, A. (1975/2000). Analytiker, Symbolisierung und Abwesenheit im Rahmen der psychoanalytischen Situation. In Ders.: *Geheime Verrücktheit. Grenzfälle der psychoanalytischen Praxis*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 171-214.
- Green, A. (1983). Die tote Mutter. *Psyche - Z Psychoanal* 47: 205-240.
- 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.
- Greenson, R. R. (1953). On boredom. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 1: 7-21.

- Greenson, R. G. (1958). Über Deckabwehr, Deckhunger und Deckidentität. In Ders.: Psychoanalytische Erkundungen. Stuttgart: Klett-Cotta 1982, S. 68-89.
- Gunderson, J., Phillips, K. A. (1991). "A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry* 148: 967-975.
- Gurevich, H. (2008). The language of absence. *Int J Psychoanal* 89: 561-578.
- Gutwinski-Jeggle, J. (2007). Die Depression als "Zeitkrankheit". Wenn Zeiträume nicht zu Spiel- und Denkräumen werden. *Forum Psychoanal* 23: 133-148.
- Hartocollis, P. (1977). Affects in borderline disorders. In P. Hartocollis (Ed.). *Borderline Personality Disorders. The Concept, the Syndrome, the Patient*. New York: International Universities Press, pp. 495-507.
- Herman, J. L. (1992). *Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler.
- Holtzman, W. H., Thorpe, J. S., Swartz, J. D., Herron, E. W. (1961). *Inkblot perception and personality*. Austin: University of Texas Press.
- Hopkins, J. (2000). Overcoming a child's resistance to late adoption: how one new attachment can facilitate another. *Journal of Child Psychotherapy* 26: 335-347.
- Igra, L. (1992). Stilles Töten. Das Konzept der inneren Urszene in der psychoanalytischen Praxis. *Forum Psychoanal* 10: 199 - 212.
- Kafka, F. (1910-1923). *Tagebücher*. Frankfurt/M.: Fischer, 1951
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderlinestörungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt/M., Suhrkamp.
- Kernberg, O. F. (2000). Die übertragungsfokussierte (oder psychodynamische) Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 447-460.
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In Melanie Klein: *Gesammelte Schriften*. Bd. III, S. 1 - 41. Stuttgart, frommann-holzboog 2000.
- Kristeva, J. (1987/2007). *Schwarze Sonne. Depression und Melancholie*. Frankfurt: Brandes u. Apsel.
- Lacan, J. (1958). Die Bedeutung des Phallus. In Ders.: *Schriften II*. Olten: Walter-Verlag, S. 119 - 132.
- Leichsenring, F. (2004). Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: Differences between patients with borderline personality disorder and patients with higher levels of personality organization. *Bulletin of the Menninger Clinic* 68: 9-22.
- Leichsenring, F., Sachsse, U. (2002). Emotions as wishes and belief. *Journal of Personality Assessment* 79: 257-273.
- Main, M., Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightened parental behavior the linking mechanism? In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M. (Eds.). *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention..* Chicago: University of Chicago Press, pp. 161-182.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapie bei Borderline-Patienten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Money-Kyrle, R. (1971). The Aim of Psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.* 52: 103-106.

- Moser, U. (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. (2009). *Theorie der Abwehrprozesse. die mentale Organisation psychischer Störungen.* Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Moser, U., v. Zeppelin, I. (1996). Die Entwicklung des Affektsystems. *Psyche - Z Psych-Anal* 50: 32-84.
- 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.
- Potamianou, A. (1997). *Hope. A Shield in the Economy of Borderline States.* London: Routledge.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1999). "Trauma first!". *PTT - Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*(1): 16-20.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (2000). Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen.* Stuttgart New York: Schattauer, S. 555-571.
- Rey, J. H. (1979). Schizoide Phänomene im Borderline-Syndrom. In E. B. Spillius (Hrsg.). *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis.* Bd. 1: Beiträge zur Theorie. München und Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse, S. 253-287.
- Rohde-Dachser, C. (1986). Ringen um Empathie. Ein Interpretationsversuch masochistischer Inszenierungen. *Forum Psychoanalyse* 2: 44-58.
- Rohde-Dachser, C. (2004). *Das Borderline-Syndrom.* Bern Göttingen Toronto: Hans Huber, 7., vollständig überarb. und erw. Auflage.
- Rudolf, G., Grande, T., Hennigsen, P. (2002). *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts.* Stuttgart: Schattauer.
- Schmideberg, M. (1959). The borderline patient. In Arieti, S. (Eds.): *American Handbook of Psychiatry.* New York: Basic Books. Vol. I, 1959.
- Schneider-Rosen, K., Cicchetti, D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. *Child Development* 55: 648-658.
- Schneider-Rosen, K., Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reaction to mirror self image in maltreated and non-maltreated toddlers. *Developmental Psychology* 27: 481-488.
- Steiner, J. (1993). *Orte des seelischen Rückzugs. Pathologische Organisationen bei psychotischen, neurotischen und Borderline-Patienten.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tronick, E. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health J* 19: 290-299.

Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., Brazelton, B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J Am Adademy Child Psychiatr* 17: 1-13.

Van der Kolk, B. A. (1999). Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. *PTT - Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie* (1): 21-290.

Weiß, H. (2004). Pathologische Hoffnung und allwissende Verzweiflung - Zur Rolle von Zeitlosigkeit in Borderline-Glaubenssystemen. In Gerlach, A., Schlösser A.-M., Springer, A. (Hrsg.). *Psychoanalyse des Glaubens*. Giessen: Psychozoial-Verlag, S. 159-172.

Weiß, H. (2009). *Das Labyrinth der Borderline-Kommunikation. Klinische Zugänge zum Erleben von Raum und Zeit*. Stuttgart: Kett-Cotta.

Weltgesundheitsorganisation (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. Übers. u. herausg. von H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt, Bern Göttingen: Huber, 2. Aufl. 1993.

Westen, D, Moses, M.J., Silk, K.R., Lohr, N.E., Dogen, R., Segal, H. (1992). Quality of depressive experiences in borderline personality disorders and major depression: When depression is not just depression. *Journal of Personality Disorders* 6: 382-393.

Winnicott, D. W. (1974). Fear of Breakdown. *Int. Rev. Psycho-Anal.* 1: 103-107.

Woods, M. Z. (2008). Entwicklungspsychologische Überlegungen in der Erwachsenenpsychoanalyse. In Green, V. (Hrsg.). *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften. Theoretische Konzepte und Behandlungspraxis*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel 2008, S. 285-310.

Nur zum persönlichen Gebrauch!
Alle Rechte vorbehalten

Adresse der Autorin:

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