

# Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse  
Herausgegeben von Günter Ammon

*Günter Ammon*

Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild

*Harald Knudsen*

Die Struktur der Abwehr beim Borderline-Syndrom

*Jan Pohl*

Die narzißtische Funktion des Zwanges

9. Jahrgang

5. Heft 1976

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

**40**

# Dynamische Psychiatrie/*Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse  
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der  
Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) und der  
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)  
9. Jhg., 5. Heft 1976, Nr. 40

Herausgegeben von Günter Ammon  
unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma — D. Anzieu, Paris — S. A. Appelbaum, Topeka — C. Bahnson, Philadelphia — R. Barnes, Phoenix — L. Bellak, New York — G. R. Bloch, Los Angeles — Th. Dosuzkov, Praha — E. Ekstein, Los Angeles — A. A. Fischer, Maastricht — S. H. Foulkes †, London — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — K. E. Godfrey, Topeka — J. L. Gonzales, Mexico City — G. H. Graber, Bern — F. Hacker, Wien/Beverly Hills — F. Hansen, Oslo — D. G. Hertz, Jerusalem — G. Hidas, Budapest — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Belmont — H. W. Janz, Hannover — U. Keller, Düsseldorf — M. Khan, London — E. Linnemann, København — G. Murphy, Washington — S. Nacht, Paris — K. Okonogi, Tokio — J. Pohl, München — E. Ringel, Wien — G. J. Rose, Rowayton — E. Rosenblatt, Santiago — H. Searles, Chevy Chase — E. Servadio, Roma — D. Shaskan, Los Angeles — V. Smirnoff, Paris — T. C. Sinha, Calcutta — J. Sutherland, Edinburgh — V. Tähkä, Helsinki — Y. Tokuda, Tosio — E. Weigert, Chevy Chase — W. Th. Winkler, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D. Wittkower, Montreal.

## *Günter Ammon* (Berlin)

|   |     |
|---|-----|
| Das Borderline-Syndrom — ein neues Krankheitsbild | 317 |
| The Borderline-Syndrome — A New Disease Complex   | 345 |

## *Harald Knudsen* (Berlin)

|   |     |
|---|-----|
| Die Struktur der Abwehr beim Borderline-Syndrom     | 349 |
| The Difference Structure of the Borderline-Syndrome | 349 |

## *Jan Pohl* (München)

|   |     |
|---|-----|
| Die narzißtische Funktion des Zwanges   | 366 |
| The Narcissistic Function of Compulsion | 377 |

|             |     |
|-------------|-----|
| Nachrichten | 381 |
|-------------|-----|

# Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild\*

Günter Ammon

Der Autor entfaltet an dieser Stelle zum ersten Mal im Rahmen der psychoanalytischen Ich-Psychologie, ihrer Methodenlehren und ihrer Forschungspraktiken, eine Konzeption des Borderline-Syndroms als eines neuen, in sich geschlossenen Krankheitsbildes. Bisher hatte man sich weitgehend damit beschäftigt, unter die Borderline-Symptome schwer faßbare Krankheitsphänomene zu subsummieren, bei denen psychotische und neurotische Manifestationen in einer oft unverständlichen Weise zusammentrafen; insofern ist der Begriff des Borderline-Syndroms zu einem unklaren Sammelbegriff geworden. Der Autor hat in seinem vorliegenden Beitrag jedoch Strukturabgrenzungen entwickelt, die die Borderline-Erkrankungen von anderen Psychopathologien unterscheiden. Trotz der vielschichtigen und mitunter diffusen Phänomenologie in der Ich-Struktur, dem Verhalten der Psycho-genese und der Körper-Ich-Dynamik der für eine Borderline-Diagnose in Frage kommenden Patienten, läßt sich auf Grund klinischer Erfahrungen in psychotherapeutischen Einzel- und Gruppensituationen wie aber auch im Blick auf das anamnestische Material immer wieder ein schweres narzißtisches Trauma in der Persönlichkeitsidentität dieser Patienten nachweisen. Die hierherrührende Ich-Störung überträgt sich auf die gesamte genetische und strukturelle Kontinuität der Ich-Entwicklung und der Organisation der Ich-Funktionen. Das archaische Ich-Defizit, von dem zunächst die primären und zentralen Ich-Funktionen betroffen sind, setzt sich fort in den späteren Stadien der sekundären Ich-Funktionen. Die psychodynamische und Ich-strukturelle Kohärenz der Schädigungen des Ichs auf dem gleitenden Spektrum seiner Entwicklung macht unter den funktionellen Bedingungen eines Ich-defizitären Anfangs der Persönlichkeitsbildung die Grundform des Borderline-Syndroms aus. Der Verfasser kann mit den hier sichtbaren methodischen Schritten in der Ich-psychologischen Begriffsentwicklung die Extreme einer starren nosologischen Systematik wie einer bloß dem traditionellen Psychopathiebegriff verpflichteten Aufzählung unverbundener Krankheitseinheiten vermeiden. Erst auf der Grundlage der strukturellen Einheit der auf vielfältige Weise aufgesplitterten Ich-Identität wird eine differenzierte Forschungsmethodologie möglich, welche die diffusen Identitätsmerkmale von Borderline-Patienten auf spezifische Elementarstörungen in ihrer Ich-Struktur hinzuorientieren imstande sind. Der Autor gibt eine Übersicht über die hier relevanten Methoden. Besonders signifikant ist dabei das Studium der Ich-Funktionen, das entsprechend ihrer strukturellen Beeinträchtigungen mehrere Ebenen der Ich-Entwicklung zu berücksichtigen hat. Durch psychodiagnostische Testverfahren differenziert angelegte Interviewsituationen, Protokollauswertungen, psycho- und gruppenspezifische Untersuchungen der aktuellen Lebensumstände wie auch jener individualgeschichtlichen Voraussetzungen in der Vergangenheit des Patienten wird eine präzise Evaluierung der einzelnen Ich-Funktionen und damit eine genaue diagnostische Bestimmung des pathologischen Charakters der jeweiligen Borderline-Erkrankung ermöglicht; hierher gehören für den Autor in besonderem Maße auch die prophylaktisch auswertbaren Direktbeobachtungen in einem psychoanalytisch organisierten Kindergartenmilieu. In der Arbeit des Autors wird eine logische Abfolge zwischen den Evaluierungsmethoden hinsichtlich der Ich-Funktionen und der aus ihrer Analyse resultierenden Profilen der auf den einzelnen Patienten zutreffenden Borderline-Struktur sichtbar. Aufs Ganze gesehen ist der Aufbau der einzelnen Ich-Funktionen wie ihre im jeweiligen Ich-strukturellen Kontext angelegten Anordnungen von einer geschichtlichen Dialektik abhängig, in dem die Ich-Identität sich mit ihren interpersonellen Bedingungen in primären und sekun-

\*Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1.– 4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

dären Gruppen befindet. Die Dynamik dieser Gruppen geht als Strukturmoment in den psychodynamischen Zusammenhang des Ichs und in die Organisation seiner Funktionen ein. Das Borderline-Syndrom spiegelt daher vor allem die Geschichte kranker Gruppen wider. Dieser Aspekt ist für die Behandlungstechnik der Borderline-Patienten von wesentlicher Bedeutung. Neben der genauen Durcharbeitung der individuellen Psychodynamik und Psychogenese legt der Verfasser entscheidendes Gewicht auf eine direkte, die Ich-Struktur des Kranken angehende Therapie, die im Rahmen stabiler therapeutischer Gruppengrenzen eine nachholende Ich-Entwicklung in einem interpretativ-metaphorischen und in einem wiedergutmachenden Sinne möglich macht.

Der Arbeit voranstellen möchte ich die folgenden Definitionen; das Borderline-Syndrom wird aufgefaßt im Kontext des gleitenden Spektrums archaischer Ich-Krankheiten. Aus dem ursprünglichen Psychotapiebegriff psychoanalytisch als eine Ich-strukturelle Krankheitseinheit in Theorie und Praxis entwickelt, zeichnet sich das Borderline-Syndrom durch Störungen im zentralen Persönlichkeitskern der Identität und den damit verbundenen Ich-Strukturen aus; obwohl es eine Bereitschaft zu kurzen psychotischen Reaktionen hat, unterscheidet es sich jedoch von den psychotischen Krankheitsformen durch eine relativ intakte Fassade, manchesmal sogar überkompensierte und brillierende Ich-Funktionen. Die Unterscheidung zur Neurose liegt in der eklatanten Schwäche der sekundären Ich-Funktion der Verdrängung, obwohl passager neurotische Reaktionen verschiedenster Art auftreten können.

In den letzten Jahrzehnten standen Psychiater und Psychoanalytiker immer wieder Patienten gegenüber, die eine Ansammlung verschiedenster Symptome aufwiesen. Allen Patienten war die Unfähigkeit, ihr Leben zu meistern, eine eigene Identität zu gewinnen, gemeinsam. Psychiater und Psychoanalytiker standen dem neuen Krankheitsbild gleichsam hilflos gegenüber, ebenso wie die Patienten selber die Vielfalt ihrer Symptome nicht begreifen konnten. Bei der Erfassung dieses Krankheitsbildes wurden immer wieder Teilaspekte in den Vordergrund gerückt. So war die Psychiatrie von den passager auftretenden psychotischen Reaktionen präokkupiert und subsumierte diese unter dem Gummibegriff eines „minimal brain damage“, einer durch nichts bewiesenen hirnorganischen Störung, die aber methodisch entscheidende Probleme der Gesamtpersönlichkeit des Kranken zu erklären hatte.

Die ältere, am New Yorker Institut entwickelte Bezeichnung „pseudoneurotic schizophrenia“ ging hier bereits wesentlich weiter und wurde der Persönlichkeitsstruktur der Kranken mehr gerecht. Andere Bezeichnungen sind oder waren: ambulatory schizophrenia, borderline states, borderline conditions, borderline personality organization, borderline disorders, personality disorders of an infantile or a narcissistic type, psychotic characters bis hin zu den Kategorien der als konstitutionell und unbehandelbar angesehenen Psychopathen von Kurt Schneider (1962).



Generell kann man sagen, daß das Grenzfall-Syndrom, d. h. die Gruppe der persönlichkeitsgeschädigten Menschen, die bisher in weiten Bereichen undifferenziert verstandene Gruppe der neurotisch Erkrankten weitgehend abgelöst hat. Nach unseren statistischen Erhebungen, welche in den drei Instituten der DAP – Berlin, München und Düsseldorf – gemacht worden sind, entfallen von insgesamt 1085 Patienten, über die ein Überblick gewonnen wurde, 20 % auf die neurotischen Strukturen, 70 % auf die Borderline-Strukturen und 10 % auf die manifesten Psychosen. Allein in Berlin sind von insgesamt 650 behandelten Patienten 33 % neurotisch Erkrankte, 3 % psychotisch reagierende und 64 % Borderline-Strukturen. Diese Durchschnittswerte sind für alle drei Institute etwa gleich. Überblickt man die Gesamtheit des behandelten Patientenguts, kommt man für alle Institute einschließlich der mit ihnen kooperierenden Privatpraxen von DAP-Analytikern in ihrer therapeutischen Kapazität auf die Größe einer mittleren Klinik (Abb. 1).

Angesichts dieser Zahl und im Hinblick auf die psychopathologische Differenziertheit des Patientenspektrums, die ihren Ausdruck folgerichtig auch in Diagnose und Therapie finden muß, sei an dieser Stelle ein Wort zur Methodik der an unseren Instituten praktizierten Forschung gesagt: Neben den sorgfältigen Interviews der Patienten, bei denen ihr Verhalten im Hier und Jetzt der Interviewsituation als besonders ausschlaggebend zu gelten hat, sind genaue Studienverfahren im Hinblick auf die Lebensgeschichte, Interviews mit ihren Familienangehörigen und anfängliche Untersuchungen durch psychodiagnostische Tests mit detaillierten Fragebögen angewandt worden. Besonders erwähnt sei in diesem Zusammenhang auch die Handhabung von Untersuchungsmethoden, die sich nicht allein auf den spezifischen Charakter der gruppenspezifischen Interaktion des jeweiligen Patienten in einer therapeutischen Situation bezogen, sondern die hier vornehmlich die Gruppe der Therapeuten in Form der Kontrollarbeit, der Co-Therapie und der Direktbeobachtung vor allem im Rahmen der psychoanalytischen Milieuthherapie als Forschungsmedien zum Verständnis der unbewußten Psycho- und Gruppendynamik des Kranken zur Geltung brachten. Einer der bemerkenswertesten Aspekte solcher Verfahren, die differentialdiagnostisch gerade für das Borderline-Syndrom von außerordentlicher Signifikanz sind, besteht im Studium der rasch wechselnden Symptomatik der Patienten während psychotherapeutischer Prozesse (Ammon 1973 b, 1976 a); hinzu kommt das krasse Alternieren von psychischen und somatischen Symptomen, wie auch von Verhaltens- und Kommunikationsstörungen (Ammon 1972 c, 1974 b, 1976 a). An dieser Stelle sei auch als wesentliches Moment unserer Methodik auf die Entdeckungen und Überprüfungen hingewiesen, die *Gisela Ammon* mit ihrem Team im

## Abb. 1

Statistik bei der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. behandelten Patienten.  
Stichtag: 30.1.76

Berlin - beendete Therapien

|                       |    | Insgesamt | suizidal | männlich | weiblich | Volksschule | Mittelschule | Abitur | Hochschulabschluss |
|-----------------------|----|-----------|----------|----------|----------|-------------|--------------|--------|--------------------|
| Neurotische Struktur  | n= | 184       | 8        | 98       | 86       | 17          | 41           | 104    | 22                 |
|                       | %  | 33        |          |          |          |             |              |        |                    |
| Psychotische Struktur | n= | 19        |          | 11       | 8        | 3           | 8            | 6      | 2                  |
|                       | %  | 3         |          |          |          |             |              |        |                    |
| Borderline-Struktur   | n= | 357       | 28       | 186      | 171      | 51          | 52           | 194    | 60                 |
|                       | %  | 64        |          |          |          |             |              |        |                    |
|                       | N  | 560       | 36       | 295      | 265      | 71          | 101          | 304    | 74                 |
|                       | %  | 100       | 6        | 53       | 47       | 13          | 19           | 54     | 14                 |

Berlin - laufende Therapien

|                       |    | Insgesamt | suizidal | männlich | weiblich | Volksschule | Mittelschule | Abitur | Hochschulabschluss | Einzeltherapie | Gruppentherapie | Kombinierte Therapie |
|-----------------------|----|-----------|----------|----------|----------|-------------|--------------|--------|--------------------|----------------|-----------------|----------------------|
| Neurotische Struktur  | n= | 45        | 2        | 13       | 32       | 2           | 14           | 8      | 21                 | 12             | 28              | 5                    |
|                       | %  | 17        |          |          |          |             |              |        |                    |                |                 |                      |
| Psychotische Struktur | n= | 33        | 11       | 19       | 14       | 2           | 2            | 10     | 19                 | 12             | 11              | 10                   |
|                       | %  | 13        |          |          |          |             |              |        |                    |                |                 |                      |
| Borderline-Struktur   | n= | 188       | 54       | 85       | 103      | 22          | 33           | 50     | 83                 | 38             | 113             | 37                   |
|                       | %  | 70        |          |          |          |             |              |        |                    |                |                 |                      |
|                       | N  | 266       | 67       | 117      | 149      | 26          | 49           | 68     | 123                | 62             | 152             | 52                   |
|                       | %  | 100       | 25       | 43       | 57       | 10          | 19           | 25     | 46                 | 23             | 57              | 20                   |

München - laufende Therapien

|                       |    | Insgesamt | suizidal | männlich | weiblich | Volksschule | Mittelschule | Abitur | Hochschulabschluss | Einzeltherapie | Gruppentherapie | Kombinierte Therapie |
|-----------------------|----|-----------|----------|----------|----------|-------------|--------------|--------|--------------------|----------------|-----------------|----------------------|
| Neurotische Struktur  | n= | 47        | 8        | 20       | 27       | 3           | 12           | 16     | 16                 | 17             | 27              | 3                    |
|                       | %  | 18        |          |          |          |             |              |        |                    |                |                 |                      |
| Psychotische Struktur | n= | 18        | 6        | 8        | 10       | 6           | 4            | 6      | 2                  | 10             | 5               | 3                    |
|                       | %  | 7         |          |          |          |             |              |        |                    |                |                 |                      |
| Borderline-Struktur   | n= | 191       | 42       | 72       | 119      | 44          | 44           | 63     | 40                 | 73             | 93              | 25                   |
|                       | %  | 75        |          |          |          |             |              |        |                    |                |                 |                      |
|                       | N  | 256       | 56       | 100      | 156      | 53          | 60           | 85     | 58                 | 100            | 125             | 31                   |
|                       | %  | 100       | 21       | 39       | 61       | 20          | 23           | 34     | 23                 | 39             | 48              | 13                   |

Düsseldorf - laufende Therapien

|                       |    | Insgesamt | suizidal | männlich | weiblich | Volksschule | Mittelschule | Abitur | Hochschulabschluss | Einzeltherapie | Gruppentherapie | Kombinierte Therapie |
|-----------------------|----|-----------|----------|----------|----------|-------------|--------------|--------|--------------------|----------------|-----------------|----------------------|
| Neurotische Struktur  | n= | 14        |          | 7        | 7        | 3           | 3            | 3      | 5                  | 9              | 5               |                      |
|                       | %  | 13        |          |          |          |             |              |        |                    |                |                 |                      |
| Psychotische Struktur | n= | 12        | 2        | 6        | 6        | 1           | 3            | 2      | 6                  | 5              | 3               | 4                    |
|                       | %  | 11        |          |          |          |             |              |        |                    |                |                 |                      |
| Borderline-Struktur   | n= | 77        | 13       | 33       | 44       | 19          | 19           | 25     | 14                 | 46             | 22              | 9                    |
|                       | %  | 75        |          |          |          |             |              |        |                    |                |                 |                      |
|                       | N  | 103       | 15       | 46       | 57       | 23          | 25           | 30     | 25                 | 60             | 30              | 13                   |
|                       | %  | 100       | 14       | 44       | 56       | 22          | 25           | 29     | 24                 | 58             | 29              | 13                   |

Berliner Psychoanalytischen Kindergarten seit 1968 gemacht hat. Das Interessante an diesen Beobachtungen an Kindern zwischen dem zweiten und sechsten Lebensjahr ist, Ich-defizitäre Entwicklungen und Familiengruppen im Spiegelbild der Kinder- und Elternarbeit oft sozusagen in statu nascendi zu beobachten in einem Lebensabschnitt, in dem die Rolle des Unbewußten noch nicht die bestimmende Funktion übernommen hat, wie bei unseren erwachsenen Borderline-Patienten (*Ammon, Gisela* 1971, 1972).

Die von mir entwickelte Theorie des Borderline-Syndroms als einer archaischen Ich-Krankheit (*Ammon* 1959, 1971 a, 1972 b, 1973 a, 1976 b, 1976 c) legt es nahe, die mit der Ich-Identität und in ihrem Umfang als Grundlage für spezielle psychodiagnostische Testmethoden zugrunde zu legen. Der von mir angeregte und im Hinblick auf die archaischen Ich-Krankheiten für das Borderline-Syndrom entwickelte Test geht aus von den aus der Einheit der Ich-Identität zu verstehenden zentralen Ich-Funktionen, wie z. B. konstruktive Aggression, Kreativität, Ich-Regulation nach innen und außen, Frustrationstoleranz. Auf der Basis der Testergebnisse hat sich gezeigt, daß bei Borderline-Patienten gerade diese zentralen Ich-Funktionen durch eine archaische defizitäre Entwicklung auf das Schwerste beeinträchtigt sind. Ich habe diesen Test mit der ihn konstituierenden Skala der zentralen Ich-Funktionen entsprechend der Skala *Bellaks* (*Bellak* 1969, 1973) der sekundären Ich-Funktionen entwickelt, die er bei der Analyse der schizophrenen Reaktion in Anwendung bringt. Ich halte *Bellaks* Verfahren – so isoliert für sich genommen – jedoch im Ansatz für problematisch; da nach meinen Forschungen der Charakter der sekundär erworbenen Ich-Funktionen allenfalls über die Struktur der neurotischen Erkrankungen Aufschluß gibt, nicht jedoch über die archaisch defizitäre Identitätssituation des Borderline-Kranken mit seiner schwer regressiven Dynamik. Hierfür kann nur eine detaillierte psychodiagnostische Durcharbeitung der primär gegebenen und zentralen Ich-Funktionen Aufschluß vermitteln, da sie am psychogenetischen Anfang einer jeden Identitätsstruktur stehen und die vom archaischen Ich verinnerlichten primären gruppenspezifischen und psychodynamischen Koeffizienten widerspiegeln (Abb. 2).

Selbstverständlich sind für ein umfassendes testpsychologisches Bild der Funktionen der Ich-Identität auch die sekundären Ich-Funktionen aufzunehmen; sie müssen aber in einem psychogenetischen und strukturellen Zusammenhang der zentralen Ich-Funktionen und wissenschaftstheoretisch unter den mit ihnen gegebenen Voraussetzungen gesehen werden (Abb. 3).

Das Borderline-Syndrom nimmt in mehrfacher Hinsicht, seinem Begriff entsprechend, eine Zwischenstellung ein. Allgemein läßt sich



sagen, daß es sich um eine seelische Erkrankung handelt, die sich im psychopathologischen Umfeld psychotischer und neurotischer Reaktionen befindet. Schon an dieser Stelle wird man eine genauere Bestimmung für die vielfältige Krankheitsphänomenologie der Borderline-Symptomatik suchen, zumal die Begriffe Neurose und Psychose durch ihre breitgestreute Verwendung kaum noch eine spezifische Signifikanz besitzen.

Wie sieht nun dieser Grenzfallpatient aus? In der Regel wird der Grenzfallpatient nicht als psychisch krank zu erkennen sein, er funktioniert in der Arbeitswelt oft ausgezeichnet mit Kontakten, die jedoch oberflächlich und passager bleiben. Ohne vorgegebene und Ich-bezogene Aufgaben ist er hilflos, da er die Welt der Gefühle oder das, was er von anderen Menschen erwartet, was er eigentlich will und was er sich unter seinem Da- und So-Sein vorzustellen meint, nicht bewältigt. Er kann sehr schwer allein sein, da er mit sich selbst nichts anzufangen weiß. Er ist immer auf der Flucht vor sich selbst, vor der großen Angst, er selbst zu sein, d. h. Identität zu haben, und vor einem Gefühl innerer Leere.

Im Vordergrund steht folgende Phänomenologie: trotz seiner Krankheit besitzt der Patient dennoch eine funktionierende Persönlichkeitsfassade unter der Herrschaft wechselnder und brüchiger Identitäten. Wie ein Chamäleon seine Farbe, so wechselt und verändert er unter Anpassungsdruck seine Identität. Die Vielfalt verschiedener Identitäten, die aus einer Vielfalt verschiedener Identifikationen hervorgegangen ist, kann einander so zugeordnet werden, daß man sagen kann: jeder bestimmten Identifikation entspricht phänomenologisch eine bestimmte Fassade.

Das Verhalten oder die Erscheinungsform der Persönlichkeit kann oft von einer Stunde zur anderen wechseln, so daß es im Extremfall zum Bild einer „multiplen Persönlichkeit“ kommt. Es gibt Patienten, deren Fassade eine Anpassung an die äußere Realität darstellt, bei anderen Patienten sprechen wir von einer Anpassung an die innere Realität; sie leiden in beiden Fällen an schweren Arbeitsstörungen oder sind mitunter völlig verwahrlost. Sowohl die verstärkte Anpassung an die äußere als auch an die innere Realität beruhen auf Störungen der zentralen Ich-Funktionen der Regulation und der Ich-Autonomie. Wechselnde Identifikationen wiederum resultieren aus einem defizitären Narzißmus.

Die Angst vor einer narzißtischen Wunde ist es auch, die Borderline-Patienten plötzlich schweigsam und nach innen gekehrt sich verhalten läßt, sie blocken oder schalten buchstäblich ab und brauchen so den gefürchteten Kontakt nicht aufzunehmen.

## Abb. 2

Patienten-Einschätzungsbogen zur Beurteilung der Sekundären Ich-FunktionenI. Denken

|  | stimmt | stimmt nicht |
|--|--------|--------------|
| 1. Wenn ich alleine bin, kann ich nicht gut nachdenken   |        |              |
| 2. Manchmal habe ich das Gefühl, nichts von dem zu verstehen, was ich lese                                 |        |              |
| 3. Wenn ich eine bestimmte Aufgabe lösen soll, ertappe ich mich oft dabei, daß meine Gedanken abschweifen. |        |              |
| 4. Wenn ich einen Plan machen will, gehen mir oft die Gedanken durcheinander.                              |        |              |
| 5. Häufig weiß ich nicht, welchen Wochentag wir haben.   |        |              |
| 6. Manchmal glaube ich, jemand kontrolliert meine Gedanken.  |        |              |
| 7. Wenn ich mit anderen spreche, kann ich oft nicht richtig zuhören.                                       |        |              |
| 8. Es kommt mir oft vor, als wenn die Dinge nicht wirklich wären.  |        |              |
| 9. Es kommt mir oft so vor, als ob Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft durcheinander geraten sind.        |        |              |
| 10. Manchmal reißen mir mitten im Nachdenken die Gedanken ab.  |        |              |
| 11. Mein Kopf ist völlig leer.   |        |              |

II. Erinnern

|   |  |  |
|---|--|--|
| 12. Manchmal habe ich Schwierigkeiten, Sachverhalte und Namen zu erinnern, die ich kurz zuvor noch wußte. |  |  |
| 13. Ich vergesse oft, was man zu mir sagt.  |  |  |

III. Traumfähigkeit

|  |  |  |
|--|--|--|
| 14. Ich träume so gut wie nie.                         |  |  |
| 15. Häufig begleiten mich meine Träume den ganzen Tag. |  |  |
| 16. Ich vergesse meine Träume immer ganz schnell.      |  |  |
| 17. Meine Träume sind bunt und spannend.               |  |  |

IV. Intelligenz

|   |  |  |
|---|--|--|
| 18. Ich kann gut organisieren.                                    |  |  |
| 19. In neuen Situationen finde ich mich schnell zurecht.          |  |  |
| 20. Ich löse gerne Denksportaufgaben.                             |  |  |
| 21. Ich habe Schwierigkeiten, neue Aufgaben in Angriff zu nehmen. |  |  |

|   | stimmt | stimmt nicht |
|---|--------|--------------|
| <b>V. Affekte</b>   |        |              |
| 22. Wenn andere von sich persönlich berichten, fühle ich mich oft ganz unbeteiligt.   |        |              |
| 23. Meine Gefühle anderen gegenüber wechseln sehr schnell.  |        |              |
| 24. Mich kann nichts aus der Ruhe bringen.  |        |              |
| 25. Oft bringen mich Kleinigkeiten in Wut.  |        |              |
| 26. Ich bin so gut wie nie verzweifelt.   |        |              |
| <b>VI. Sprache</b>  |        |              |
| 27. Oft spreche ich meine Sätze nicht zu Ende.  |        |              |
| 28. Wenn ich das Gefühl habe, mir ist einer überlegen, kann ich nicht mehr normal reden.  |        |              |
| 29. Ich kann meine Gedanken schnell in Worte fassen.  |        |              |
| 30. In schwierigen Situationen stottere ich leicht.   |        |              |
| <b>VII. Phantasie</b>   |        |              |
| 31. Wenn es irgendwo Schwierigkeiten gibt, fällt mir meistens etwas ein.  |        |              |
| 32. Bei Aufgaben stelle ich mir gerne ungewöhnliche Lösungen vor.   |        |              |
| 33. Ich versenke mich gerne in Träumereien.   |        |              |
| 34. Manchmal geht die Phantasie mit mir durch.  |        |              |
| 35. Ich träume oft tagsüber von Dingen, die noch nicht verwirklicht sind.   |        |              |
| <b>VIII. Motorik</b>  |        |              |
| 36. Häufig fühle ich mich ganz ungenau.   |        |              |
| 37. Ich treibe gerne Sport.   |        |              |
| 38. Manchmal wird meine Schrift ganz krakelig.  |        |              |
| 39. Manchmal glaube ich, ich habe zwei linke Hände.   |        |              |
| 40. Ich glaube, ich verletze mich häufiger als andere.  |        |              |
| <b>IX. Wahrnehmung</b>  |        |              |
| 41. Manchmal erscheinen mir Bekannte ganz fremdartig.   |        |              |
| 42. Wenn ich mit mehreren Menschen zusammen bin, habe ich manchmal Schwierigkeiten, die einzelnen Personen auseinander zu halten. |        |              |
| 43. Manchmal versinkt die Welt um mich herum.   |        |              |
| 44. Wenn ich aufgeregt bin, habe ich Schwierigkeiten, die Dinge um mich herum richtig wahrzunehmen.                               |        |              |

## Abb. 3

Beispiele zur Evaluierung der zentralen Ich-Funktionen1.0. Identität

|  |    |      |
|--|----|------|
| 1.1. Oft weiß ich überhaupt nicht, was ich will.                                 | ja | nein |
| 1.2. Oft überlege ich mir, ob ich meinen Beruf wechseln soll.                    |    |      |
| 1.3. Oft träume ich davon, ein anderes Leben zu führen.                          |    |      |
| 1.4. Ich glaube, ich schauspielere sehr oft.                                     |    |      |
| 1.5. Ich tue vieles, was ich später bereue.                                      |    |      |
| 1.6. Ich finde es oft notwendig, für das einzutreten, was ich für richtig halte. |    |      |

2.0. Selbstwertgefühl

|   |    |      |
|---|----|------|
| 2.1. In meinem Arbeits- und Privatleben erreiche ich fast immer die Ziele, die ich mir setze.   | ja | nein |
| 2.2. In Gegenwart von Personen, die mir an Erfahrung, Alter oder Rang überlegen sind, neige ich dazu, still zu sein oder leicht verlegen zu werden. |    |      |
| 2.3. Ich traue mir wenig zu.  |    |      |
| 2.4. Ich denke oft, daß ich weniger kann und wert bin als die anderen.  |    |      |
| 2.5. Manchmal komme ich mir nutzlos vor.  |    |      |
| 2.6. In der Regel verteidige ich (hartnäckig) meine Ansichten.  |    |      |
| 2.7. Ich scheine fast ebenso fähig und geschickt zu sein, wie die meisten Leute um mich herum.  |    |      |
| 2.8. Ich fühle mich unbehaglich, wenn ich spüre, daß die Umgebung anders denkt als ich.   |    |      |

3.0. Ich-Autonomie

|   |    |      |
|---|----|------|
| 3.1. Ich kann genügend Kraft finden, um mit meinen Schwierigkeiten fertig zu werden.      | ja | nein |
| 3.2. Ich arbeite am liebsten für mich selbst und trage dafür auch gern die Verantwortung. |    |      |
| 3.3. Ich übernehme gerne Verantwortung.   |    |      |
| 3.4. Meine Urteilsfähigkeit ist besser denn je.   |    |      |
| 3.5. Ich glaube, ich kann meine Probleme in den Griff bekommen und klar erkennen.         |    |      |

- 2 -

4.0. Konstruktive Aggression

|  | ja | nein |
|--|----|------|
| 4.1. Selbst in einer Situation, die gefährlich werden kann, halte ich viel davon, laut und deutlich meine Meinung zu äußern. |    |      |
| 4.2. Zuweilen möchte ich am liebsten alles kaputtschlagen.   |    |      |
| 4.3. Anderen Menschen gegenüber verhalte ich mich häufig unbeherrscht.   |    |      |
| 4.4. Auseinandersetzungen weiche ich selten aus.   |    |      |
| 4.5. Meinungsverschiedenheiten trage ich offen aus.  |    |      |
| 4.6. Ich scheue nicht davor zurück, selbst einen Menschen zu verletzen, wenn dies von Vorteil für mich ist.                  |    |      |

5.0. Kreativität

|   | ja | nein |
|---|----|------|
| 5.1. Es macht mir Spaß, mit neuen Situationen fertig zu werden.       |    |      |
| 5.2. In meiner Freizeit weiß ich oft nichts mit mir anzufangen.       |    |      |
| 5.3. Wenn ich keine Zeit für meine Hobbys finde, bin ich unzufrieden. |    |      |
| 5.4. Mein tägliches Leben ist voller Dinge, die mich interessieren.   |    |      |
| 5.5. Ich gehe spontanen Einfällen gern nach.                          |    |      |

6.0. Sexualität

|   | ja | nein |
|---|----|------|
| 6.1. Ich habe ein gesundes Geschlechtsleben.                |    |      |
| 6.2. Ich könnte auf die Sexualität verzichten.              |    |      |
| 6.3. Meine sexuellen Beziehungen wechseln häufig.           |    |      |
| 6.4. Meine sexuellen Beziehungen sind unbefriedigend.       |    |      |
| 6.5. Ich gerate manchmal geradezu in sexuelle Abhängigkeit. |    |      |

7.0. Narzißmus

|   | ja | nein |
|---|----|------|
| 7.1. Ich würde am liebsten jemand heiraten, der (die) allgemein bewundert wird. |    |      |
| 7.2. Ich bin eine wichtige Persönlichkeit.                                      |    |      |
| 7.3. Ich war nie in jemanden verliebt.  |    |      |
| 7.4. Ich bewundere meine Eltern in allen wesentlichen Punkten.                  |    |      |
| 7.5. Es fällt mir sehr schwer, über Enttäuschungen hinwegzukommen.              |    |      |

- 3 -

|  |    |      |
|--|----|------|
| 7.6. Ich werde in der Liebe oft enttäuscht.  | ja | nein |
| 7.7. Ich habe manchmal ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit und der inneren Leere.                              |    |      |
| 7.8. Selbst wenn alles in bester Ordnung ist, habe ich oft das Gefühl, daß mir alles gleichgültig ist.       |    |      |
| <u>8.0. Frustrationsregulation/-toleranz</u>   |    |      |
| 8.1. Kleinigkeiten gehen mir manchmal furchtbar auf die Nerven, obwohl mir klar ist, daß sie belanglos sind. | ja | nein |
| 8.2. Ich habe oft zu hören bekommen, daß ich leicht aufbrause.   |    |      |
| 8.3. Ich fühle mich leicht geniert und belästigt.  |    |      |
| 8.4. Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig.   |    |      |
| 8.5. Kritik oder Schelten verletzen mich sehr stark.   |    |      |
| 8.6. Bei Meinungsverschiedenheiten beharre ich bis zum Ende auf meinem Recht                                 |    |      |
| 8.7. Ich lasse mich leicht verletzen oder beleidigen.  |    |      |
| <u>9.0. Ich-Regulation / Abgrenzung nach innen und außen</u>   |    |      |
| 9.1. Ich träume tagsüber mehr, als für mich gut ist.   | ja | nein |
| 9.2. Manchmal bin ich ohne Grund abwechselnd fröhlich und traurig.   |    |      |
| 9.3. Oft wandern meine Gedanken umher, wenn ich versuche, mich zu konzentrieren.                             |    |      |
| 9.4. Manchmal habe ich Angst, den Verstand zu verlieren.   |    |      |
| 9.5. Ich habe fast immer Angst um irgendetwas oder irgendjemanden.   |    |      |
| 9.6. Es kommt mir öfter so vor, als ob die Dinge nicht wirklich wären.                                       |    |      |
| 9.7. Ich tue immer alles, was man mir sagt.  |    |      |
| 9.8. Ich glaube, ich setze meine eigenen Bedürfnisse gegenüber anderen nicht durch.                          |    |      |
| <u>10.0. Körper-Ich / Körpergefühl / Körperbild</u>  |    |      |
| 10.1. Ich mache mir öfter Sorgen um meine Gesundheit.  | ja | nein |
| 10.2. Während der letzten Jahre bin ich meist gesund gewesen.  |    |      |



- 4 -

|  |    |      |
|--|----|------|
| 10.3. Ich fühle mich häufig schwindlig.  | ja | nein |
| 10.4. Ich habe manchmal das Gefühl, daß mein Körper leblos ist.  |    |      |
| 10.5. Ich leide oft unter Kopfschmerzen.   |    |      |
| 10.6. Oft leide ich an Magenbeschwerden.   |    |      |
| 10.7. Einmal oder mehrmals im Monat habe ich Durchfall.  |    |      |
| <u>11.0. Gruppenfähigkeit</u>  |    |      |
| 11.1. Ich empfinde ein sehr starkes Verlangen nach jemandem, auf den ich mich verlassen kann, wenn ich niedergeschlagen bin. | ja | nein |
| 11.2. Oft lasse ich mich in meinen Handlungen von meinen Eifersuchtsgefühlen beeinflussen.                                   |    |      |
| 11.3. Ich habe den Eindruck, ich zeige sehr viel Bedürfnis nach Liebe.   |    |      |
| 11.4. Ich glaube, ich habe es eher schwer, mich für lange Zeit an einen anderen Menschen zu binden.                          |    |      |
| 11.5. Ich fühle mich meistens einsam, sogar wenn ich mit Menschen zusammen bin.  |    |      |
| 11.6. Meine Angehörigen behandeln mich eher als Kind denn als Erwachsenen.   |    |      |

Ich möchte die Borderline-Patienten phänomenologisch in zwei Gruppen einteilen, die zurückgenommenen, schweigenden und die nach außen gerichteten, agierenden Patienten. Beiden Patientengruppen ist die zentrale Störung des Ichs gemeinsam. Dem Scheine nach können sie gut funktionieren, vor allem dann, wenn sie durch die umgebende Gruppe eine ständige narzißtische Zufuhr erhalten. Unterbleibt die ständige narzißtische Fütterung, setzen Denkstörungen ein, bzw. das Denken fällt ganz aus, weil keine Ich-Sicherheit mehr da ist.

Bei diesen Patienten brechen destruktive Reaktionen in dem Augenblick aus, in welchem von ihnen echte Identität gefordert wird, z. B. bei einer Prüfung oder Eheschließung. Diese Situationen können als tödliche Bedrohungen erlebt werden. Die Destruktion, die in Form von Selbstmord gegen sich selbst gerichtet sein kann, ist einerseits ein Protest gegen die Mutter oder ihre möglichen Stellvertreter

wie Universität, Institut, Freunde etc.; auf der anderen Seite drückt sie den ambivalenten Wunsch nach ewiger Verschmelzung mit der magna mater aus, die gleichwohl äußerlich aus der Gewißheit geschmäht werden kann, daß eine Verschmelzung in Wahrheit gar nicht möglich ist. Die stets wechselnden Identifikationen nach innen und außen wirken sich wegen ihrer Instabilität destruktiv aus und tragen den Charakter eines langsamen Suizid.

Die nach außen gerichtete Destruktivität unterscheidet den Borderline-Patienten vom Neurotiker. Wie schon *Kurt Schneider* (1962) beschrieb, leidet die Umgebung eines Psychopathen mehr unter ihm, als er unter ihr und an sich selbst. Ein Neurotiker leidet, indem er verdrängt; ein Borderline-Patient verdrängt wenig – seine Verdrängung ist sozusagen inkohärent. Es ist nicht so sehr das eigene Leiden, das hervorsteht, sondern in mehrfacher Hinsicht das Leiden der Umwelt und seiner ihn umgebenden Gruppe, welche er leiden macht und deren eigene Störungen sich in seiner Ich-Struktur reproduzieren.

Wenn in der frühen Primärgruppe außer den Familienangehörigen für das Kind noch andere Bezugspersonen präsent sind, ist es diesen oft zu verdanken, daß ein Patient nicht schizophren wird. Häufig können eine Großmutter, eine Tante, eine Freundin oder auch die Eltern des Freundes durch andere Beziehungen dem Kind helfen, ein befreites Gebiet in seinem Ich aufzubauen und so offen psychotische Entwicklungen verhindern.

Zur Phänomenologie von Borderline-Syndromen gehören in besonderer Weise die Denkstörungen, die man in mehr formale und mehr inhaltliche unterteilen könnte. Zu den formalen Störungen würden gehören: ausschließlich konkretistisches Denken, Denkblock, magisches Denken, projektives Denken und ein solches, das darauf angelegt ist, notwendige Gegensätze, wie sie z. B. zwischen Subjekt und Objekt, Realität und Traum bestehen, aufzuheben. Zu den mehr inhaltlichen Denkstörungen könnten das Zwangsgedanken zählen, die Wahnhaltungen, Projektionen und auch die Formen des ideologischen Denkens, das aus Idealisierung und Idolisierung resultiert.

Bei Grenzfallpatienten sind nicht allein die Funktionen des Ichs nach innen durch ein Defizit geprägt, sondern auch die Strukturen der Kommunikation: die Partnerwahl ist immer narzißtisch in einem pathologischen Sinn. Entweder besteht eine Beziehungslosigkeit, die der Patient mit oder neben dem Partner für seine Existenz braucht, oder es gibt eine Beziehung, die meist versachlicht und entfremdet, als ganze aber parasitär ist. Aufgrund seiner defizitären Ich-Struktur kann der Patient Gefühle und Verhaltensweisen wie Güte, Fürsorgebereitschaft und Agape meist nicht entwickeln. Sein Verantwortungsgefühl für einen anderen Menschen ist fassadär und entsteht nur un-

ter einem Anpassungsdruck. Auffällig ist der Mangel an genuinen Überzeugungen und individuellen Interessen, welche – falls sie vorhanden sind – rasch und irrational abwechseln.

Aber nicht nur wechseln die Partnerschaften außerordentlich häufig, sondern auch deren Qualität, d. h. symbiotische Beziehungen wechseln mit polygamen, wobei Promiskuität nicht selten ist. Borderline-Patienten benutzen andere Menschen und ihre Partner oft wie Gegenstände, mit denen sie als Kind oft gespielt haben, weil sie keine Beziehung zu anderen Übergangsobjekten entwickeln konnten.

In ihrer Sexualstruktur sind Borderline-Patienten mehr oder weniger manifest polymorph pervers, immer jedoch bisexuell, weshalb es auch selten zur Entwicklung einer eindeutigen homosexuellen Identität kommt. Die wechselnden sexuellen Identifikationen finden wir auf verschiedenen Ebenen; unter Anpassungsdruck wird genommen, „was gerade angeboten wird“, genitale oder stärker prägenitale Sexualität. Oft findet man Hörigkeit verbunden mit Infantilität.

Das schillernde Bild des Borderline-Patienten bedarf differenzierter diagnostischer Einheiten; ich möchte in diesem Zusammenhang die Begriffe Borderline-Depression und Borderline-Schizophrenie auf einer gleitenden Skala des Borderline-Krankheitsbildes einander zuordnen. Phänomenologisch und dynamisch gesehen, wird der mehr Depressive einen zerstörerischen Objekthunger zeigen und immer auf der Jagd nach Objekten sein, während der Borderline-Schizophrene nicht unter der selbstgewählten Isolation leidet, sich vielmehr umgekehrt von umgebenden Bezugspersonen und Gruppen belastet und gestört fühlt. An diesem Punkt ist auch die Borderline-Hysterie zu erwähnen, – und zwar im Verhältnis zu den bereits genannten diagnostischen Kriterien, soweit sie sich voneinander abgrenzen bzw. überschneiden.

Die beiden Begriffe Borderline-Hysterie und Borderline-Schizophrenie sind in der psychoanalytischen Literatur nicht fremd, *Zilboorg* (1931) sprach bereits von Borderline-Schizophrenie und *Knight* (1953) von Borderline-Hysterie, beide jedoch konzeptionierten diese Begriffe nicht als integriertes Moment eines Borderline-Gesamtkonzeptes, sondern verstanden sie als die enge Übergangs- und Grenzlinie zwischen Neurose und Psychose oder aber als Borderline-Zustand im Sinne einer Vermischung psychotischer und neurotischer Symptomelemente. Aufgrund langjähriger klinischer Arbeit mit Borderline-Patienten fanden wir aber, daß diese Zustände innerhalb eines in sich geschlossenen, strukturell und dynamisch jedoch differenzierten Krankheitsbildes miteinander alternieren; diese methodologische Voraussetzung ist wegen der daraus ableitbaren Behandlungstechnischen Konsequenzen von einer für Diagnose und

Therapie konstitutiven Bedeutung. Ich möchte deshalb im folgenden die Struktur des Borderline-Krankheitsbildes auf dem Hintergrund meiner in früheren Arbeiten dargelegten Konzeption der Ich- und Gruppenidentität entwickeln.

Ich verstehe das Borderline-Syndrom als eine Erkrankung des Ichs und der Identität der Persönlichkeit, deren Bildungsprozessen eine Reihe struktureller, psychosomatischer und psychosozialer Faktoren zugrunde liegt. Das Ich entwickelt sich im Verlauf des gesamten menschlichen Lebens; seine besonderen Eigentümlichkeiten, die Psychodynamik, in der es sich lebensgeschichtlich darstellt, und die möglichen Formen seiner Psychopathologie sind in eminentem Maße von den in früher Kindheit erfahrenen, zwischenmenschlichen Beziehungen abhängig, so wie sie vor allem in der primären Gruppe relevant sind.

Das Identitätsproblem der Familiengruppe mit ihren, für das heranwachsende Individuum zentralen Bezugspersonen, wiederholt sich in vielfältiger Form in der sich erst herauskristallisierenden Ich-Struktur. Bei traumatischen Erfahrungen oder elementaren Entbehnungen an Sorgfalt und Zuwendung von seiten der Mutter, die aufgrund eigener unbewußter Identitätsangst ihrem Kind in einer nur reduzierten Weise hat Mutter sein können, kommt es zu einer oft kompliziert zusammengesetzten Pathologie der Ich-Identität, deren weitere Auswirkungen sich auf die Ebenen der körperlichen Reifung der Ich-Funktionen wie konstruktive Aggressivität, Kreativität und auf die Bereiche der sexuellen Ich-Organisation erstrecken. Unbewußte Schuldgefühle und Feindseligkeit der Mutter gegen das Kind aufgrund eigener Identitätskonflikte haben eine defizitäre und pathologisch arretierte Ich-Genese zur Folge.

Das Ich-Defizit, das ich auch das „Loch im Ich“ genannt habe, besteht in der verinnerlichten destruktiven Aggression, welche aus traumatischen Störungen der archaischen Kommunikation der Mutter mit ihrem Kind herrühren. Aus diesem pathogenen Kräftefeld, das von dem sich entwickelnden Ich strukturell als destruktive Gruppendynamik verinnerlicht wird, resultieren Verstümmelungen der zentralen, für den Aufbau von Ich-Identität unabdingbaren Ich-Funktionen, deren Defizite mit einer generellen Identitätszersplitterung einhergehen. Die Ich-Identität ist als zentrale Ich-Funktion gebunden an die genetischen und dynamischen Entwicklungen des Ichs und steht in engem Zusammenhang mit der internalisierten Gruppendynamik innerer und äußerer Objekte im intrapsychischen Feld der Persönlichkeit.

Grundlegend für meine Betrachtungsweise des neuen Krankheitsbildes ist eine Persönlichkeitsauffassung von gewachsenen anlage- und gruppenbedingten Persönlichkeitsstrukturen, die m. E. wichtig sind, nicht nur um die pathologischen Faktoren zu verstehen, sondern auch, um eine adäquate effiziente Therapie zu entwickeln. Ich gehe aus von den sogenannten primären, neurophysiologischen und anlagebedingten Ich-Funktionen, wie Wahrnehmung, Motorik, Motilität, Sprachentwicklung, Affekten, Ich-Gefühlen und -Gestimmtheit, Traumfähigkeit, Denkmöglichkeiten, Gedächtnis- und intellektuellen Anlagen und den für unsere Aufgabe besonders entscheidenden zentralen Ich-Funktionen wie Ich-Identität, Ich-Autonomie, Aggression und Kreativität, Narzißmus, Sexualität, Ich-Regulation und -Integration, Ich-Abgrenzung nach innen und außen. Für das Funktionieren der Persönlichkeit im Hier und Jetzt ihres Daseins sind die sogenannten sekundären Ich-Funktionen wie Denken, Fühlen, Handeln, Gedächtnis, Träumen, Intelligenz anzuführen. Dabei wird die Variabilität von möglichen Störungen in ihrer Genese und Dynamik deutlich. Beim Grenzfallpatienten liegen die Störungen im zentralen Ich und sind in der Regel abgedeckt durch eine mehr oder weniger kompensierte Fassade von Ich-Funktionen und Abwehrmechanismen, die das Ich sekundär produziert. Aufgrund der Phänomenologie der Symptomatik des Kranken vermag man auf strukturelle Defizite seiner Ich-Entwicklung schließen, was für die Anlage psychoanalytischer Behandlungsabläufe von großer Bedeutung ist. Stehen z. B. Störungen in der Identitätsentwicklung des Ichs ganz im Mittelpunkt des Geschehens, so kann der Kranke das extreme Bild einer multiplen Persönlichkeit bieten; stehen sie weniger im Mittelpunkt, so haben wir in der Regel einen Menschen vor uns, der sich wie ein Chamäleon jeder Situation und jedem Menschen anpaßt; steht die narzißtische Wunde der Kindheit ganz im Zentrum, so wird der Kranke von einer ständigen narzißtischen Befriedigung durch seine Umwelt abhängig sein und ohne diese an den Rand psychotischen Reagierens geraten. Wenn emotionale Befriedigung ausschließlich um den Preis organischer Erkrankungen während der Kindheit möglich gewesen ist, so bleibt dem Kranken nur die Identität des Psychosomatikers, wobei dann sozusagen die psychosomatische Erkrankung das Loch im Ich ausfüllt. Steht die regulatorische Ich-Funktion der Ich-Abgrenzung nach außen derart im Vordergrund, daß der Kranke auf alle Außenkontakte zwanghaft verzichten muß, werden wir eine dieser Psychodynamik entsprechende symbiotische Verschmelzung mit seinen inneren, z. T. destruktiven oder toten Objekten beobachten können, welche die fehlenden Realitätsbeziehungen nach außen kompensieren, ihn aber zugleich nicht selten einer inneren Wahnwelt ausliefern. Sind auf der anderen Seite die Ich-

Grenzen nach innen dysregulatorisch abgeriegelt, so wird der Borderline-Kranke seinen Symbiosekomplex manoid nach außen hin ausagieren, d. h. sich fassadär mit willkürlich wechselnden Objekten identifizieren. Die in dieser Weise organisierte, von sich selbst nach innen abgespaltene Borderline-Persönlichkeit bedarf ständig neuer Objekte, deren Fehlen er traumatisch erlebt; der schizoid nach außen hin blockierte Kranke, der dafür eine weite Öffnung der Ich-Grenzen nach innen an die Stelle setzen konnte, wird wegen der größeren Konstanz seiner intrapsychischen Objektwelt weniger leiden, als der von seiner stets als unzuverlässig erlebten Außenwelt Abhängige. Ist die zentrale Ich-Funktion konstruktiver Aggression gestört, so finden wir destruktives, sich immer wiederholendes Verhalten in Beziehung zu sich selbst, wie aber auch in allen zwischenmenschlichen Beziehungen oder aber, wenn die oben angeführten frühkindlichen Bedingungen gegeben sind, nach innen gerichtete, zur Psychosomatik führende Autodestruktion.

Diesen Gedankengängen entsprechend sind Überkompensationen und Defizite der sekundären Ich-Funktionen in ihrer Phänomenologie und in der psychodynamischen Einheit des aus ihren Störungen sich zusammensetzenden Krankheitsbildes zu verstehen. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Rolle des Unbewußten für die Genese, Struktur und Dynamik des Ichs hingewiesen, das sich im Medium der es primär umgebenden Gruppe herauskristallisiert. Die Strukturen des zentralen Ichs, die neurophysiologisch anlagebedingten Faktoren und die dispositionellen Möglichkeiten der sekundären Ich-Funktionen sind im Unbewußten anzusiedeln. Das Unbewußte wächst im Laufe des Lebens zusammen mit den ihrerseits unbewußt bestimmten Strukturen der Ich-Identität. Ich ziehe den Gedanken eines allgemeinen Energiereservoirs, das die Ich-Funktionen speist, Vorstellungen von einer das Unbewußte beherrschenden Libido vor.

Die multiple Abwehr des archaischen, narzißtischen Ich-Defizits liegt den wechselnden Erscheinungsformen des Borderline-Syndroms zugrunde und bildet deren Gemeinsamkeit in klinisch-phänomenologischer Hinsicht. Die Psychodynamik des Borderline-Syndroms geht dabei zurück auf die in den Strukturen und den Funktionen des Ichs repräsentierte Gruppendynamik der symbiotischen Primärgruppe. Diese ist gewöhnlich durch ein Fehlen identitätsfreundlicher und menschlicher Verlässlichkeit, sowie durch einen Mangel an einer existentiell tragenden Kontinuität in den emotionalen Beziehungen charakterisiert; in den meisten Fällen ist das Kind in solchen Primärgruppen einem krassen Wechsel von frühen Bezugspersonen, durch Tod oder Trennung der Eltern oder andere Katastrophen, wie Flucht, Krieg, wirtschaftlichen Schwierigkeiten, ausgesetzt gewesen. In den



aktuellen gegenwartsbezogenen Kommunikationsformen von Borderline-Kranken fällt die rigide Aufteilung von Arbeit und Freizeit auf, welche den schizoiden Grundzug in der Angst- und Identitätsabwehr besonders sinnfällig unterstreicht.

Der Borderline-Kranke benötigt unter der Herrschaft seines Symbiosekomplexes immer wieder symbiotische Beziehungen, deren ersehnte Qualität weit über das hinausgeht, was die passageren Identifikationen oder die schillernden Identitätsfassaden von Als-ob-Darstellungen jemals zu leisten vermögen; daher müssen solche Beziehungen, welche nur in symbiotischer Nähe und in interpersoneller Defizität realisiert werden können, den Keim der Zerstörung immer schon in sich tragen. Der Identitätsverlust in Gestalt schwerer Depressionen steht deshalb gewöhnlich am Ende einer solchen Borderline-Dynamik.

Die Borderline-Depression muß folglich immer eine suizidale oder suizid-analogue sein, dies aus Gründen der tiefgreifenden Ambivalenz der archaisch-defizitären Symbiose in der Ich-Struktur des Patienten. Einerseits wird die Ich-strukturell aktualisierte primäre Mutter als übermächtig, verfolgend und besitzergreifend erlebt; auf der anderen Seite bietet sie Schutz vor eigenen Identitätsschritten und den daraus resultierenden Schuldgefühlen.

Als Abwehr gegen die oft als große Gefahr erlebte symbiotische Nähe hat der Borderline-Patient die Möglichkeit der schizoid-paranoischen Abwehr, d. h. des totalen Rückzugs von Kontakten entwickelt.

Der Konflikt des Borderline-Patienten wird sich somit einerseits immer wieder zwischen einem krankhaften Suchen nach Abhängigkeit abspielen und andererseits einem Fliehen vor jeglichen zwischenmenschlichen Beziehungen. Als Schauspieler des Lebens wird er in Rollen schlüpfen und eine Als-ob-Persönlichkeit ausbilden.

Bevor ich mich den Abwehrstrategien des Grenzfallpatienten im einzelnen zuwende, möchte ich noch einmal die für die Borderline-Erkrankung verantwortlichen Ich-Defekte zusammenfassen, die auf einer defizitären Kindheitssituation beruhen:

1. Zersplitterung der Identität durch Störungen in der Symbiose;
2. defizitärer Narzißmus (tertiärer Narzißmus);
3. Verkrüppelung der Ich-Funktion der konstruktiven Aggression, nach innen und außen gerichtete Destruktion;
4. defizitäre Ich-Frustrationsregulation;
5. defizitäre Ich-Abgrenzung nach innen und außen;
6. defizitäre Ich-Integration;
7. Defizite der Affektivität, des Denkens, der Sexualität und der Oralität.

Die hier aufgeführten Ich-strukturellen Ich-Defizite werden unbewußt von gesunden, funktionalen Ich-Anteilen überlagert – eine Konstellation, aus der spezifische Abwehrformationen hervorgehen, die immer wieder zu beobachten sind (vgl. Abb. 4).

Vorab scheint es mir wichtig zu sein, darauf hinzuweisen, daß der bekannteste Abwehrmechanismus aus der klassischen Neurosenlehre, die Verdrängung, grundlegende Unterschiede zur Borderline-Abwehr zeigt; andererseits erhält die Verdrängung aber innerhalb der Strukturkonzeption von Borderline-Ich-Zuständen einen spezifischen Stellenwert. Bestand die Verdrängung bisher in den libidinösen Widersprüchen von Triebanspruch und sekundärer Ich-Abwehr, die im psychischen Apparat kompromissuell, d. h. durch Neurosenbildung geschlichtet werden, so möchte ich sie demgegenüber auf die Psychodynamik der Ich-Funktionen und ihrer Störungen zurückführen. Vor allem soll in diesem Zusammenhang die Ich-Funktion der Ich-Regulation erwähnt werden, welche allgemein die einzelnen Manifestationen des Ichs, d. h. die intrapsychischen und die äußeren Beziehungen koordiniert. Die Ich-Regulation vermittelt zwischen Ich und Nicht-Ich, Innen und Außen, Traum und Wirklichkeit. Der herkömmliche Begriff der Verdrängung beschreibt unter diesem Aspekt nur einen speziellen, auf die libidinös-energetischen Austauschprozesse bezogenen Fall der regulatorischen Möglichkeiten des Ichs, die sich aber auf alle Gebiete seiner Identität erstrecken, nicht allein auf seine energetischen Bereiche. Die Verdrängung kann demnach als die Modifikation der Ich-Regulation in ihren konstruktiven und in ihren neurose-ätiologischen Formen betrachtet werden. Beim Borderline-Patienten ist die Ich-Regulation jedoch von vornherein in die Pathogenese der Identität hineingezogen worden, weshalb die Disposition zur Verdrängung auch nur dysregulatorisch verzerrt sein kann.

Im klinischen Erscheinungsbild des Borderline-Syndroms finden wir deshalb eine charakteristische Unfähigkeit zur Verdrängung, d. h. zu den allgemein als sekundärprozeßhaft bezeichneten Abwehrformen, was durch die starke Tendenz zum Ausagieren beim Borderline-Kranken bestätigt wird. Der Borderline-Patient verdrängt nicht, sondern muß die Schädigung der primären und zentralen Ich-Regulationsfunktion abwehren; er greift daher von vornherein auf archaische Mechanismen zurück, welche auch die immerhin noch partiell erhaltenen Ich-Regulative der Verdrängung im vorhinein auf das schwerste beeinträchtigen, wenn nicht gar lahmlegen müssen. Die Verdrängung ist eine besondere, nicht einmal die wichtigste Seite von Äußerungen der Ich-Regulation nach innen und nach außen. Wissenschaftstheoretisch steht und fällt ihr isolierter Begriff mit der Auf-

Abb. 4

Idealtypische Darstellung der Struktur und Zuordnung der primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen beim Borderline-Syndrom.

G 1 = Die Gerade 1 bezeichnet die Ich-strukturelle Balance zwischen defizitären zentralen und sekundären überkompensierten Ich-Funktionen. Wird diese homöostatische Balance gestört, erfolgt der Ausbruch der manifesten Krankheit.

G 2 = Die Gerade 2 verdeutlicht die Strategie der psychotherapeutischen Behandlungstechnik.

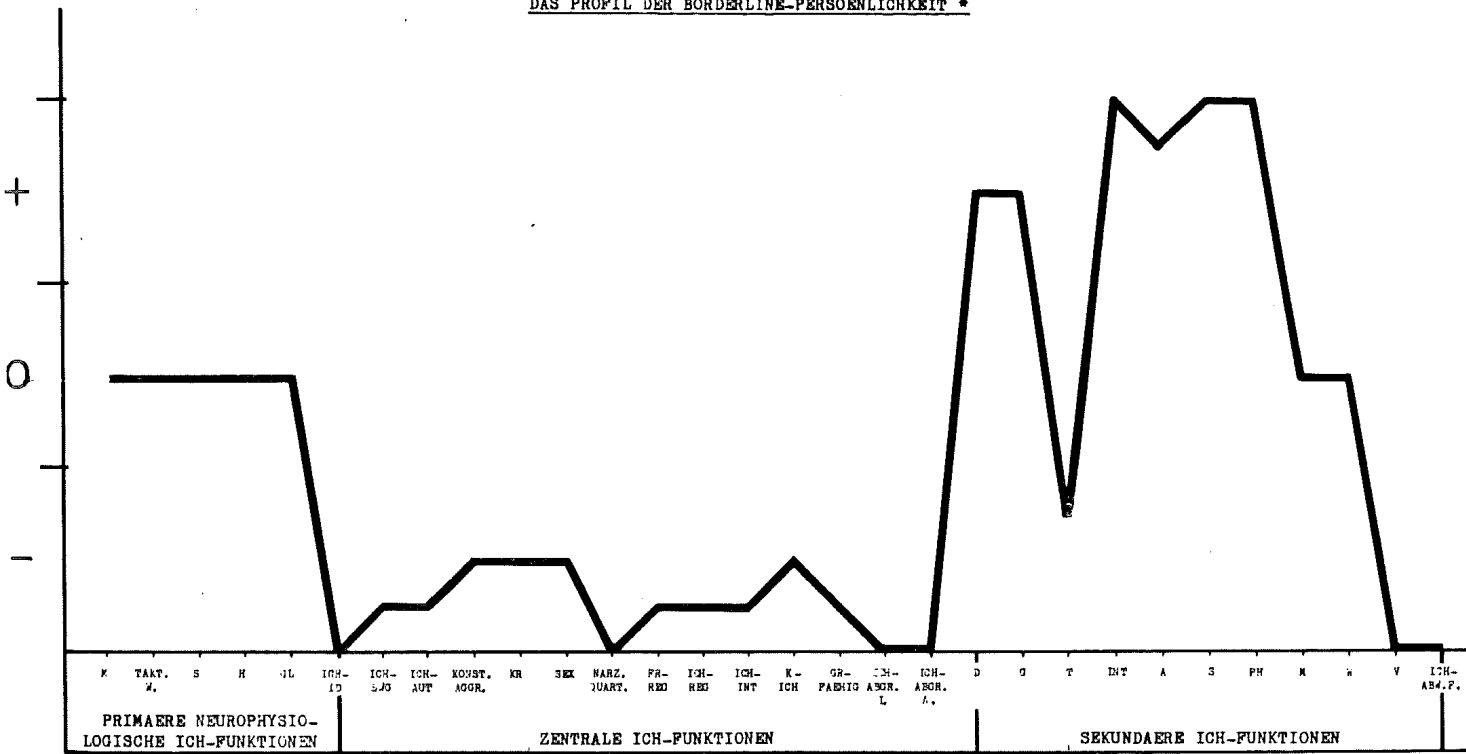
1) + = Ich-Funktionen sind besonders stark ausgebildet und haben im Sinne der Aufrechterhaltung der homöostatischen Balance die Funktion, die defizitären Ich-Funktionen zu kompensieren.

2) O = Normalbereich.

3) — = Ich-Funktionen sind defizitär.

\* derzeitiger Stand der Forschung

DAS PROFIL DER BORDERLINE-PERSONLICHKEIT \*



**Primäre neurophysiologische Ich-Funktionen**

- M = Motorik
- TAKT.W. = Taktile Wahrnehmung
- S = Sehen
- H = Hören
- GL = Gleichgewichtssinn

**Zentrale Ich-Funktionen**

- ICH-ID = Ich-Identität
- ICH-SWG = Ich-Selbstwertgefühl
- ICH-AUT = Ich-Autonomie
- KONST. AGGR. = Konstruktive Aggression

- KR = Kreativität
- SEX = Sexualität
- NARZ. QUART. = quartärer Narzißmus
- FR-REG = Frustrations-Regulation
- ICH-REG = Ich-Regulation
- ICH-INT = Ich-Integrität
- K-ICH = Körper-Ich
- GR-FÄHIG = Gruppenfähigkeit
- ICH-ABGR. I. = Ich-Abgrenzung nach innen
- ICH-ABGR. A. = Ich-Abgrenzung nach außen

**Sekundäre Ich-Funktionen**

- D = Denken
- G = Gedächtnis
- T = Traumfähigkeit
- INT = Intelligenz
- A = Affekte
- S = Sprache
- PH = Phantasie
- M = Motorik
- V = Verdrängung
- ICH-ABW. F. = Ich-Abwehrfunktionen

fassung des von der Libido unterhaltenen Apparates des Psychischen. Es ist jedoch von entscheidender metapsychologischer und therapeutischer Bedeutung, zu wissen, daß Borderline-Kranke die Ich-Regulations-Funktion der Verdrängung weitgehend eingebüßt haben, damit aber auch die Dispositionen, aufgrund von Verdrängungsmechanismen krank zu werden; sie können deshalb Neurosen sozusagen nur in einem pseudologischen Sinn entwickeln, d. h. Krankheitsphänomene ausbilden, die den realen Neurosen täuschend ähnlich sind, strukturell aber den völlig anderen Hintergrund des präödipalen Ich-Defizits haben.

Die gruppendedynamische Psychogenese der archaischen Abwehrformen aus defizitären Ich-Strukturen, die wir in der psychoanalytischen Behandlungstechnik als Widerstandsmechanismen bezeichnen, ist aus der frühen Lebensgeschichte dieser Patienten verständlich und behandelbar. Es handelt sich hier um sogenannte archaische Abwehrmechanismen, die alle in die Kindheit, lange vor der Entwicklung des sogenannten Ödipuskomplexes, hineinreichen, und die wir immer wieder in therapeutischen Situationen mit Borderline-Patienten beobachten können: diese Patienten wehren ihre Kontaktangst durch Idealisierung und Idolisierung ab, ähnlich wie das psychosomatische Symptom der Abwehr von Kontaktangst dient.

Der Abwehrmechanismus der Introjektion ist mit dem oral bedingten Objekthunger verbunden, sowie mit dem paranoischen Abwehrmechanismus der Projektion. Dieser Mechanismus ist engstens mit der defizitären Ich-Abgrenzungsfunktion nach innen und außen verwoben, was schließlich zu einer Verwechslung von Innen- und Außenwelt, Realität und Irrealität, Traum und Wirklichkeit führen kann.

Weitere Momente der Abwehr, die ich als eine Abwehr der Abwehr verstehe, sind: Isolation, suizidale Depression, destruktive Aggression nach innen und außen, Verleugnung und Ambivalenz. Mein Schüler und Mitarbeiter *Harald Knudsen* (1976) hat letztere m. E. überzeugend charakterisiert als eine isolierende Abwehr destruktiver Objekte und deren simultaner Fusionierung mit dem Ich unter gleichzeitiger Umwandlung in pseudokonstruktive Objekte. Für die Ambivalenz von Borderline-Strukturen ist nach *Knudsen* die Isolation und die Pseudointegration im Dienste einer antagonistischen Identitätskompensation verantwortlich. Die Stärke der Ambivalenz und ihre Bewältigung sind m. E. für die prognostische Beurteilung des Behandlungsverfahrens wesentlich. Die Ambivalenz steht m. E. mit dem Borderline-Kernkonflikt der Identität und der narzißtischen Wunde im Ich des Patienten in Verbindung. Dieses „Loch im Ich“ habe ich als den defizitären tertiären

Narzißmus bezeichnet, der sich Ich-strukturell grundsätzlich von dem unterscheidet, was *Kernberg* (1967, 1975) und *Kohut* (1973) von ihrem triebdynamischen Denken her als pathologischen Narzißmus begreifen.

M. E. kann man dem neuen Krankheitsbild des Borderline-Syndroms nur von einem theoretischen Ansatz gerecht werden, der von der Dynamik und Genese der primären, zentralen und sekundären Ich-Strukturen mit ihren mit dem Unbewußten komplexer verwobenen Gruppenbezügen bestimmt ist. Bei Grenzfallpatienten handelt es sich im Gegensatz zum neurotischen Patienten um Menschen, denen in ihrer Kindheit echtes Leid zugefügt wurde und die eine echte Schädigung der Ich-Entwicklung mit sich tragen. *Kernberg* geht mit seinen kleinianischen Voraussetzungen und seinem Konzept der Abwehrmechanismen, die er als solche zwar richtig beschreibt, die aber doch nur einen Überbau über den tiefen Ich-strukturellen Schädigungen darstellen, an dem eigentlichen Problem vorbei. So kann er m. E. nicht mehr begreifen, daß der Symbiosekomplex des Patienten in Form seiner symbiotischen Übertragung vorerst für den Patienten eine existentielle, oft lebensrettende Bedeutung hat und therapeutisch angenommen werden muß.

Eine schwere Schädigung des Selbstwertgefühls (tertiärer Narzißmus) läßt den Patienten schwanken zwischen Omnipotenz- bzw. Größenideen und abgrundtiefen Minderwertigkeitsgefühlen bis hin zur praktizierten Selbstbestrafung. Wenn man bei Borderline-Patienten von Abwehr spricht, muß man sich immer wieder verdeutlichen, daß diese Ausdruck der defekten Ich-Funktion der Verdrängung ist.

Beim Grenzfall-Patienten mit seiner zersplitterten Ich-Identität ist die therapeutische Annahme eine existentielle Frage, die um geistiges Sein oder Nichtsein geht; der Grenzfall-Patient lehrt uns diese Zusammenhänge nicht nur zu verstehen, sondern auch selbst den Mut zu haben, Wege zu neuem Denken zu beschreiten.

Beim Grenzfallpatienten ist es daher eine *conditio sine qua non*, vor Beginn einer psychoanalytischen Behandlung einen tragbaren zwischenmenschlichen Kontakt zwischen Patient und Therapeut herzustellen. Erst von hier aus kann der Borderline-Patient, dessen Erleben und Verhalten oft als Ich-gerecht (*ego synton*) von ihm empfunden wird, und der deswegen oft einen Leidensdruck vermissen läßt, für eine Therapie motiviert werden und lernen, Leiden und Angst zu ertragen.

Darüberhinaus erfordert die Behandlungstechnik ein Ich-strukturelles Arbeiten mit Schwerpunkten auf dem Hier und Jetzt der therapeutischen

Situation und besteht vorwiegend aus einer Kombination von Einzel- und psychoanalytischer Gruppentherapie (vgl. *Ammon* 1973 c, 1974 a). Die Besonderheiten der Widerstände in der Therapie liegen oftmals in einem häufigen Wechsel verschiedener Abwehrstrategien. Der Patient versucht immer wieder, den Therapeuten zu verführen, reaktiv auf Einzelaspekte seiner Symptomatik einzugehen. Doch entscheidender ist, die Grundfrage zu stellen, warum der Patient so große Schwierigkeiten hat zu akzeptieren, daß er ernst genommen wird. Dem schillernd verführerischen und oft frustrierend provokativen Verhalten des Borderline-Patienten ist von seiten des Therapeuten eine ruhige, bestimmte Haltung entgegenzusetzen. Im Laufe unserer Wissenschaftsgeschichte ist es dazu gekommen, daß er als unbehandelbarer Psychopath beschimpft und abgeschoben wird. Der Therapeut sollte zu erkennen geben, daß er die Patienten mit ihrer Identitätsangst verstanden hat. Doch verhindern diese Patienten mit ihrem übergelagerten, pseudoneurotischen Konflikt immer wieder, Hilfe zu erhalten für ihre tiefe Ich-Wunde, mit der sie in Behandlung gekommen sind.

Wir können davon ausgehen, daß der Patient eine symbiotische Übertragung, d. h. Überanpassungen und Identifikationen, mit all ihren lähmenden und destruktiven Elementen anbietet; diese Form der Übertragung unterscheidet sich von der aus der klassischen Neurosenanalyse her bekannten.

Für den Grenzfallpatienten sind nämlich Identifikationsprozesse als Ich-Bausteine und Formen der nachholenden Ich-Entwicklung oft lebensrettend. Man sollte sie stützen und fördern, da die Summe passager prozeßhafter Identifikation dem Patienten hilft, den Mut zu eigener Identität zu finden.

Für die Behandlung ist die Technik des Ich-strukturellen Arbeitens in der direkten Auseinandersetzung zwischen Patient und Therapeut entscheidend. Dies kann sich in der vorübergehenden Übernahme von Ich-Funktionen, z. B. der Ich-Abgrenzung nach innen und außen äußern. Durch den Therapeuten oder die therapeutische Gruppe werden für den Patienten Ich-Funktionen übernommen, bis diese soweit gestärkt sind, um Eigenfunktionen zu übernehmen. Konfrontationstechniken haben eine besondere Bedeutung und helfen beim Abbau des falschen Selbstes, durch Bereitstellung von Identifikationsmöglichkeiten. Damit sollte die Bereitstellung konstruktiver, narzißtischer Bestätigung verbunden sein.

Gegenübertragungsreaktionen, die diese Patienten unbewußt bei uns hervorrufen, dienen dem Verständnis der destruktiven Aggression, die sie in der Realität ihrer Kindheit einmal erlebt haben.

Die kontinuierliche, synthetisch verbindende Arbeit des Therapeuten hilft dem Patienten, die Rupturen in seinem Denken, Fühlen und



Erinnern zu überbrücken. Hierbei spielt die Handhabung des Schweigens eine wesentliche Rolle. Vorsicht ist jedoch geboten, wenn bisher intakte, allgemeine Ich-Funktionen ausfallen. Auch Veränderungen in Beziehungen, die eine Ich-stützende oder symbiotische Qualität hatten, können offen psychotische Reaktionen auslösen. Auftretende psychotische Reaktionen können durch Übernahme von Ich-Funktionen und eine realitätsbezogene Therapie gehandhabt werden. Im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes sollte eine gezielte kombinierte Einzel-, Gruppen- und Milieupsychotherapie Anwendung finden. Dabei kann es hilfreich sein, wenn dem Patienten mehrere Therapeuten zur Verfügung stehen. Besonders im Hinblick auf seine Ich-Struktur sollte eine kontinuierliche Teamarbeit unter den Therapeuten stattfinden. Falls dies nicht der Fall ist, wird der Patient zu seinem eigenen Schaden, determiniert durch seine verinnerlichte destruktive Gruppe, die Therapeuten hoffnungslos gegeneinander ausspielen. Der Therapeut sollte sich stets bewußt sein, daß im Zuge des Abbaus der Als-ob-Persönlichkeit und des falschen Selbstes wechselnde Identitäten die Schwere der Krankheit des Patienten zeigen können. Der Abbau der Als-ob-Persönlichkeit geht mit Perioden von Depression einher, die oft am Rande der Suizidalität stehen. In diesen Phasen muß der Therapeut den Borderline-Patienten tragen, d. h. er muß ganz für den Patienten da sein, der Patient muß wissen, daß er um ihn besorgt ist, und daß er seinen Therapeuten jederzeit erreichen kann.

Nach meiner Erfahrung hat die therapeutische Gruppe gerade während dieser Phase oft eine wichtige Rolle gespielt (*Ammon* 1973 c). Bei schwerer Kranken wurde hier erfolgreich die psychoanalytische Milieuthherapie angewandt, wie ich dies bereits 1959 beschrieben habe.

Die Realität der aktuell umgebenden Gruppe des Patienten, die in seinem Verhalten ihre defizitären Momente widerspiegelt, ist in die Behandlung miteinzubeziehen. Darüberhinaus ist vom Therapeuten eine Synthese anzustreben im Hinblick auf eine realitätsgerechte Identität und Integration von Freizeit und Arbeitswelt mit ihren gesellschaftlichen Aspekten. Alle therapeutischen Bemühungen sind beim Grenzfallpatienten darauf ausgerichtet, ihm zu helfen, die Frage „Wer bin ich?“ beantworten zu können. Er soll sich gestatten, sich selbst ernst zu nehmen und auch von anderen ernst genommen zu werden. Beim Abbau der falschen Persönlichkeitsfassade, die eine Identitätsfindung verhindert, werden enorme Lebensenergien frei. Bei der therapeutischen Arbeit werden ebenfalls lähmende Schuldgefühle abgebaut, da diese Patienten eigene Identität nur als einen feindlichen Akt gegen die Umwelt auffassen können. Die Prognose einer jeden Behandlung ist dabei stets abhängig vom Schweregrad des narzißtischen Defizits im Krankheitsbild des Patienten (vgl. *Ammon* 1971 b, 1971 c, 1972 a).

Der Gruppenpsychotherapie kommt bei der Behandlung des Grenzfalldpatienten eine spezifische Bedeutung zu, weil die gesamte Gruppe destruktive Aggression besser tolerieren kann (Ammon 1973 c). Diese Aggressivität, die in ihrer archaischen Form diffusen Charakter trägt, kann im Rahmen der Gruppe aufgesplittert werden und sich im Gruppenprozeß auf den Therapeuten, auf einzelne Gruppenmitglieder wie auf die Gesamtgruppe richten. Erst unter diesen differenzierten interpersonellen Bedingungen können die abgespaltenen Teile destruktiv-aggressiven Agierens, die auf eine Ich-Fragmentierung zurückgehen, wieder gebündelt und nach dem Vorbild der gruppenspezifischen Einheit der therapeutischen Gruppe im Sinne konstruktiver Aggression zu einer Ich-Synthese zusammengefaßt werden. Die Gruppe bietet durch die Vielfalt von Identifikationsmöglichkeiten dem Patienten eine nachholende Ich-Entwicklung an. In der gruppenpsychotherapeutischen Situation kann die Erfahrung, daß eine ganze Gruppe von Menschen interessiert zuhört, sich um ihn sorgt, ihm sexuelle und aggressive Äußerungen gestattet und ihm gemeinsam hilft, mit Gefühlen, Träumen, Erfahrungen umzugehen und sich selbst in seinem Verhalten im Hier und Jetzt zu erleben, eine Wende darstellen. Für die Abwehrformationen des Ichs bietet die Gruppe die Möglichkeit vielfältiger Projektion und Introjekte für die zersplitterte Ich-Identität. Wenn der Borderline-Patient mehr ödipales Material zu bearbeiten hat, kann die Gruppenpsychotherapie mit einer Einzelanalyse kombiniert werden, ebenso wie es bei Patienten, die nicht verbalisieren können, möglich ist, die Gruppenpsychotherapie mit der psychoanalytischen Milieuthherapie zu verbinden, in der das direkte Erleben und Handeln im Vordergrund steht.

Die Behandlungstechnik des Borderline-Patienten sollte eine nachholende Ich-Entwicklung im Sinne einer strukturellen Ich-Therapie einleiten. Das Konzept von Ich-Identität und Unbewußtem hat durch seinen strukturellen und funktionellen Gruppenaspekt ein großes Gewicht für die klinisch-psychiatrische Praxis.

Im Zuge der jüngeren psychoanalytischen Wissenschaftsgeschichte haben Psychoanalytiker wie *Aichhorn* (1925), *Knight* (1953), *Khan* (1968), *Racker* (1957), *Ekstein* (1973) und *Kernberg* (1967, 1975) oft in einem anderen therapeutischen Zusammenhang übereinstimmend mit uns einige der oben angeführten Behandlungstechniken aus ihrer Sicht beschrieben.

*Kernberg* hat zweifellos das Verdienst, Wesentliches für die Erforschung der *borderline-conditions*, wie er sie nennt, geleistet zu haben, ganz besonders durch seine Erforschung typischer Symptomkonstellationen und Ich-Abwehrmechanismen, typischer Pathologien von verinnerlichten Objektbeziehungen und genetisch-dynamischen Zügen. Er kommt dabei allerdings über das *Hartmannsche* (1972)

Ich-Konzept und seine an *Melanie Klein* (1952) orientierte Denkweise nicht hinaus, so daß er dem psychoanalytischen Triebdenken verhaftet bleibt und auch den Menschen nur als einzelnen sieht. So vollzieht sich nach *Kernberg* die Integration des Ichs unter dem Einfluß von libidinösen Triebabkömmlingen und aggressiven Triebstrebungen.

Auch den starren Dualismus von „gut“ und „böse“ *Kernbergs*, von Aggression und Libido müssen wir als wenig hilfreich für das Verstehen des Borderline-Menschen und für die Entwicklung einer hinreichenden Behandlungstechnik ablehnen. Wir fürchten vielmehr, daß hier bei psychoanalytischen Denkern in ihrer Gegenübertragung dem keineswegs sympathisch wirkenden Grenzfall-Patienten gegenüber sich eine negativ abwertende Einstellung eingeschlichen hat, ähnlich wie dies im Denken *Kurt Schneiders* und *Ernst Kretschmers* (1931) zu sehen ist, die diese Patientengruppe damals als unbehandelbar und konstitutionell bedingte Psychopathen kategorisierten.

*Kohut* (1973) wird im Zusammenhang mit der Borderline-Forschung immer wieder genannt wegen seiner Narzißmusforschung und wegen der inzwischen weitgehenden Anerkennung der Beziehung zwischen pathologischem Narzißmus und Borderline-Zuständen. *Kohut* selbst hat jedoch das Borderline-Syndrom nicht zum Untersuchungsgegenstand gemacht. Er versucht, den methodischen Rahmen anzubieten, in dem er das Borderline-Syndrom eingeordnet wissen will. Er ist noch ganz dem orthodoxen topischen Instanzendenken verhaftet, ebenso wie dem *Hartmannschen* Ich-Konzept. Im Hinblick auf die narzißtische Persönlichkeit, die er von der Borderline-Persönlichkeit unterscheidet, spricht er von einer Konfiguration aus Größenselbst und Elternimago. Im Hinblick auf Psychose und Borderline-Zustände bietet er das alte Regressionskonzept an. Für bemerkenswert halte ich jedoch sein Konzept der Übertragungsdynamik der narzißtischen Persönlichkeit, die er aus der Verschmelzung des Selbstes mit dem idealisierten Objekt hervorgehen läßt. Dies geschieht, wie er meint, im Interesse der narzißtischen Bedürfnisse des Selbstes, das sich mit idealen Objekten identifiziert, um sich gar nicht erst mit bösen Objekten konfrontieren zu müssen. Es kommt deshalb bei dieser narzißtischen Pathologie nicht zu einer Über-Ich-Bildung in einem ödipalen und den psychischen Triebapparat durch Verbots- und Wertvorstellungen strukturierenden Sinne, weil das Selbst auf der Stufe der archaischen Konfiguration von Größenselbst und Elternimago mit dem verschmilzt, was bei einer gesunden Entwicklung ein sekundärprozeßhaftes und triebregulierendes Über-Ich hätte werden können, jedoch aufgrund narzißtischer Traumata den unabdingbaren Übergang zur Objektliebe nicht mitmachen konnte.

Auch an diesem Punkt können wir *Kohut* nicht folgen, da in unserer klinischen Erfahrung die Aufdeckung des beschädigten Über-Ichs beim Borderline-Patienten, bei dem wir im Gegensatz zu *Kohut* immer ein zentrales narzißtisches Defizit – gerade auch in der Dimension der Über-Ich-Bildung – vorfinden, oft erst zu einem Wendepunkt in der Therapie geführt hat.

Zwar hat *Kohut* auch vom triebgenetischen Denken her die Psychoanalyse um die Dimension der Beschäftigung mit dem Narzißmus bereichert, den er freilich in Form einer narzißtischen Libido analog zur Metapsychologie *Freuds* über den gesamten Bereich der Persönlichkeitsentwicklung sich erstrecken läßt. Wir dürfen jedoch nicht vergessen, daß bereits die Psychoanalyse Schizophrenie-Psychotherapie, seit *Sullivan* (1962), *Frieda Fromm-Reichmann* (1943, 1958), *Karl Menninger* (1965), *Searles* (1968) und vielen anderen, als Möglichkeit erkannt hatte, mit psychotisch erkrankten Menschen jenseits des Neurose- und des Libidomodells zu arbeiten. Immerhin ging es *Kohut* im Kern auch um die narzißtischen Störungen. Das Eigenwillige bei *Kohut* ist es nun, das Narzißmusproblem abgelöst zu begreifen von den nach klinischer Erfahrung stets damit verbundenen weiteren Störungen, die unsere Schule Ich-strukturell versteht, wie z. B. die destruktive Aggression, Identitätsstörungen, Ich-regulative Defekte und die durchgängig vorhandene paranoische Seite des Narzißmus.

*Knights* Verdienst im Hinblick auf das Borderline-Syndrom war m. E. ein mehr technisches, demzufolge er jedoch nur einen Gesichtspunkt klar erkannt hat, nämlich die Notwendigkeit, die teilweise skandalisierende und die zentrale Ich-Schädigung verdeckende Symptomatik aus dem Konzentrationsfeld der therapeutischen Aufmerksamkeit im Hinblick auf die Behandlungstechnik ausschalten zu können. Was jedoch das Borderline-Konzept von *Knight* angeht, so ist zu sagen, daß er in seinen sehr kurzen Abhandlungen nicht über das Triebkonzept der Triebmischung hinaus kommt, ein Aspekt, den wir auch bei *Kernberg* als zu kurz greifend kritisieren müssen.

Nach unserer Erfahrung handelt es sich bei der Rolle des Narzißmus beim Borderline-Syndrom um ein defizitäres Geschehen in der Ich-Struktur, das durch die Primärgruppe verursacht wurde und in den späteren Gruppen im Leben der Patienten zu ständig sich überlagernden Konflikten führt. Einerseits ist der pathologisch narzißtische Borderline-Patient gruppenunfähig und empfindet andere Menschen als Belästigung, andererseits sehnt er sich nach Zuwendung und Anerkennung.

Wir haben versucht, das Krankheitsbild des Grenzfall-Syndroms als eine neue nosologische Einheit unter den psychischen Erkrankungen darzustellen. Die Eigenständigkeit dieses neuen Krankheits-

bildes liegt u. E. in seiner facettenartigen, symptomatischen Vielfältigkeit, die wir von den Ich-Strukturen der Persönlichkeit her zu erfassen gelernt haben. Klinische Erfahrungen wie differenzierte Untersuchungsmethoden, vor allem unsere Untersuchungsskala der zentralen und sekundären Ich-Funktionen zeigen die Schwere der Störungen besonders im Bereich von Ich-Identität und Ich-Regulation im Sinne von Ich-defizitären Schädigungen, die in der frühen Lebensgruppe erworben wurden. Klinische Untersuchungen in den letzten zwei Jahrzehnten, die durch statistische Untersuchungen erhärtet werden konnten, lassen den Schluß zu, daß das neue Krankheitsbild des Grenzfall-Syndroms im Begriff steht, an die Stelle der neurotischen Reaktionsformen zu treten. Der Mensch unserer Zeit scheint nicht mehr unter einer Verdrängung seiner Sexualität zu leiden, sondern er leidet unter der Angst vor dem Risiko eigener Identität und der Flucht vor dieser Angst. Bei aller Vorsicht kommen wir nicht umhin, gesellschaftliche Prozesse dafür verantwortlich zu machen – eine gesellschaftliche Situation, die selbst eine Art Grenzfall darstellt.

Ich möchte mit der Hoffnung schließen, daß das Krankheitsbild des Grenzfallsyndroms uns weiterhin neue Erkenntnisse für Theorie und Praxis psychischer Erkrankung finden läßt und damit auch neue Erkenntnisse über den Menschen schlechthin. Wenn auch die Einheit dieses Krankheitsbildes gerade in seiner Zerrissenheit liegt und in der Identität der Identitätslosigkeit, so erkennen wir hier auch die Fragwürdigkeit althergebrachter psychiatrischer und psychoanalytischer Nosologie und die Notwendigkeit, prozeßhaft und dynamisch zu denken.

### *The Borderline Syndrome – A New Disease Complex*

Günter Ammon

The borderline syndrome represents specific disease dynamics whose heterogenous factors and phenomenological variability, according to the author's perception, are meant to be understood neither in a symptomatological nor an etiological sense as a mere chain of causality, but should rather be attributed to the primary integral dimension of the ego-structure and its ontogenetic and sociogenetic deficits. The purpose of this contribution is to gain a better insight into the manifestations of the borderline syndrome seen as disease dynamics which take the history, social background and unconscious psychodynamics and group dynamics of the individual patient into ac-

count. With respect to this, mainly development processes and the dynamics of primary central and general functional ego formations must be considered in connection with the analysis of borderline pathology. Borderline symptomatics are indicative of disturbances in the most important ego-functions, such as are expressed in a genuinely developing ego-autonomy together with creativity and identity (ego integration), self-esteem (healthy narcissism), constructive aggression, and the ego's demarcation regulation, which serves to comprehend reality in relation to the irrational world of the unconscious and external reality, as well as in frustration regulation. The disturbances relate to one another through dynamic reciprocity, and thus can extend from a singular pathological topic to a larger area of the functional ego-structure. The ego-structure, however, is defined by the forms of archaic interaction between the mother and her child internalized in the individual's ego-identity. This interaction is responsible for the subsequent ability to experience and the resistance of the central ego-function of self-esteem. In the context of group dynamic relationships, and given the continuing development of personality, this will constantly show its deficient structure in repetitive compulsion. Destructive aggressions or traumatic deprivation of narcissistically necessary attention in primary group contacts from the preconditions for the damage sustained by the unconscious identity structure, which is carried along to subsequent stages of development, and for its psychopathological manner of representing social or symptomatic self-destruction. Because of the widespread and partly chaotic dispersion of the fixation points of narcissistic wounds within the psychogenetic spectrum of personality development which establish themselves in the borderline patient's ego-structure as equally diffuse representations of the egodeficits and ego-function deficits, clinical borderline phenomenology provides a richly illustrated although contradictory and fragmented nosological picture. The many-coloured iridescent scale of symptoms and the quick change from one ego-state to another would seem to preclude an integration which would permit the unity of a clearly defineable illness structure; this, however, is only a manifestation of the borderline dynamics themselves.

The author, as opposed to those ego-psychologists who are orientated towards educational psychiatry and the libido theory, and in spite of the multiple symptomatology, does not make the conception of the structurally and psychodynamically self-contained and coherent illness structure of borderline ego-diseases dependent on the rigid concepts of abstract nosological categories, but rather bases them on the dynamic and functional processes of ego-identity as a multidimensional occurrence. This is in agreement with the conception of its



psychoanalytical research which aims at structural change and therapy of the personality whose illness is of a multifactorial nature. It is therefore not a case of systematized causal factors, whose classification and merely descriptive character constitute the unity of the borderline disease complex, but rather of the integrity of the identity which has been damaged, but which therefore also has a disposition towards integration. The author can therefore refer to a new disease complex, whose roots are deeply bound up with the no longer unquestionable identity-potentials in our culture and society. A cure and a new quality of creative, flexible egostates can be achieved in groups which are conducive to identityformation and to which the ego owes its genesis and historically grown structure.

## Literatur

- Aichhorn, A.* (1925): *Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung* (Bern: Huber, 5. Aufl. 1965).
- Ammon, Günter* (1959): *Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka/Kansa.*
- (1971a): *Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I.* In: *Dyn. Psychiat.* (4) 9—28.
- (1971b): *Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie II. Autobiographie und Behandlungsbeginn.* In: *Dyn. Psychiat.* (4) 123—167.
- (1971c): *Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III. Therapeutische Technik und analytischer Prozeß.* In: *Dyn. Psychiat.* (4) 181—201.
- (1972a): *Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV. Familiendynamik und Krankheitsgeschichte.* In: *Dyn. Psychiat.* (5) 81—107.
- (1972b): *Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe.* In: *Ammon, G.* (Hrsg.): *Gruppendynamik der Kreativität* (Berlin: Pinel-Publikationen).
- (1972c): *Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik.* In: *Dyn. Psychiat.* (5) 223—251.
- (1973a): *Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Aggressionstheorie.* In: *Z. Psychother. med. Psychol.* (23) 61—72.

- (1973b): Borderline-Syndrome. In: *Dynamische Psychiatrie — Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie* (Darmstadt: Luchterhand).
- (1973c): Ich-psychologische und gruppensdynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): *Gruppenpsychotherapie* (Hamburg: Hoffmann & Campe).
- (1974a): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik — Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung. In: *Dyn. Psychiat.* (7) 201—213.
- (1974b): *Psychoanalyse und Psychosomatik* (München: Piper).
- (1975): *Psychoanalytic Group Psychotherapy — An Instrument for the Treatment and Research of Psychosomatic Illness*. Vortrag gehalten auf dem 3rd Congress of the ICPM, Rom, 16.—20. 9. 1975.
- (1976a): *Psychosomatic Medicine and Group Psychotherapy*. Vortrag gehalten auf dem 50th Anniversary Congress of the Pan Am. Med. Ass., Hollywood, Florida, USA, 26. 10. 1976.
- (1976b): Psychotherapeutische Prozesse mit Jugendlichen — Betrachtungen der Ich-Struktur, der Gruppendynamik und der Identitätsentwicklung im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 238—250.
- (1976c): Ich-psychologische Entwicklungen im Medium der Gruppe — defizitäre und emanzipatorische Möglichkeiten. Vortrag gehalten auf dem VIII. Kongreß der Ges. ärztl. Psychother. DD, Dresden, 8. 11. 1976.
- Ammon, Gisela* ((1971): Stufen der Kreativität in der Vorlatenz. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 296—303.
- (1973): Interaktion im Psychoanalytischen Kindergarten. In: *Ammon, Gisela* (Hrsg.): *Psychoanalytische Pädagogik* (Hamburg: Hoffmann & Campe).
- Bellak, L.* (1969): The Systematic Diagnosis of the Schizophrenic Syndrome. In: *Dyn. Psychiat.* (3) 148—156.
- ; *Hurwich, M.; Gediman, H. K.* (1973): *Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals. A Systematic Study of Conceptual Diagnostic, and Therapeutic Aspects* (New York: Wiley).
- Ekstein, R.* (1973): *Grenzfallkinder. Klinische Studien über die psychoanalytische Behandlung von schwer gestörten Kindern* (München: Reinhardt).
- Fromm-Reichmann, F.* (1943): *Psychoanalytic Psychotherapy with Psychotics: The Influence of Modifications in Technique on Present Trends in Psychoanalysis*. In: *Psychiat.* (VI) No. 3.
- (1958): Basic Problems in the Psychotherapy of Schizophrenia. In: *Psychiat.* (XXI) No. 1.
- Hartmann, H.* (1972): Die Bedeutung der Ich-Psychologie für die Technik der Psychoanalyse. In: *Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie* (Stuttgart: Klett).
- Kernberg, O.* (1967): Borderline Personality Organization. In: *J. Am. Psychoanal. Ass.* (15) 641—685.
- (1975): *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (New York: Aronson).
- Khan, M. M. R.* (1968): Reparation of the Self as an Idolized Internal Object. In: *Dyn. Psychiat.* (1) 92—98.
- Klein, M.* (1952): *Developments in Psychoanalysis* (London: Hogarth).
- Knight, R.* (1953): Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient. In: *Bu. Menn. Clin.* (17) 139—150.
- Knudsen, H.* (1976): Die Struktur der Abwehr im Borderline-Syndrom. In: *Dyn. Psychiat.* (9).
- Kohut, H.* (1973): *Narzißmus* (Frankfurt: Suhrkamp).
- Kretschmer, E.* (1931): *Physique and Character* (New York: Harcourt, Bace).
- Menninger, K.* (1968): *Das Leben als Balance* (München: Piper).
- Racker, H.* (1957): The Meanings and Uses of Countertransference. In: *Psychoanal. Quart.* (26) 303—357.
- Searles, H. F.* ((1965): *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects* (London: Hogarth).
- Schneider, K.* (1962): *Klinische Psychologie* (Stuttgart: Thieme).
- Sullivan, H. S.* (1962): *Schizophrenia as a Human Process* (New York: Norton).

## Die Struktur der Abwehr beim Borderline-Syndrom\*\*

Harald Knudsen\*

Das Verständnis der Abwehrmechanismen bildet einen bedeutsamen Aspekt nicht allein für einen generellen Begriff psychischer Erkrankungen, sondern für spezifisch psychopathologische Organisationsformen, die in einem engeren Zusammenhang zu den Borderline-Syndromen stehen. Der Autor geht methodisch dabei von Ammons Auffassung der Borderline-Symptomatik als einem Krankheitsbild aus, dessen Grundlage eine Synthese aus entwicklungsgeschichtlich z. T. weit auseinanderliegenden Ich-Defiziten darstellt. Die in der Ich-Entwicklung später liegenden Schädigungen der Persönlichkeits-Identität basieren auf Störungen, die das Ich des heranwachsenden Kindes in seinen primären Erfahrungen im Rahmen der archaischen Symbiose gemacht hat. Von den Schäden im Bereich der primären Gruppeninteraktion sind die psychogenetisch folgenden in einem funktionellen Sinne abhängig. Das archaische Ich-Defizit zieht eine Kontinuität von sekundären Krankheitsphänomenen nach sich, die in der Diagnose von Ich-kranken Patienten häufig als neuroseähnliche Traumata imponieren. Der Autor zeigt jedoch, daß die als Neurosen erscheinenden Manifestationen sich oft als Krankheitsfassaden anbieten, hinter denen schwere bis in die frühesten Stadien der Ich-Genese zurückgehende Ich-Schwächen stehen. Diese Strukturbeziehungen, die allgemein das Borderline-Syndrom als multiple Erkrankung der Ich-Identität ausmachen, werden vom Verfasser am Leitfaden der Abwehrmechanismen untersucht. Die präödiptalen Abwehrformen entsprechen den Ich-Störungen auf der archaischen Entwicklungsebene, die späteren einer funktionellen Verbindung des primär Ich-defizitären Persönlichkeitsbildes mit sekundären, meistens ödipal bestimmten Konflikten. Aus den hier möglichen Anordnungen resultieren die für das Borderline-Syndrom charakteristischen Zersplitterungen in der Erscheinung der Gesamtpersönlichkeit. Methodologisch entspricht diese Struktur des Borderline-Syndroms im übrigen einem Zusammenhang von primärem und sekundärem Narzißmus auf dem Boden der von Ammon entwickelten Theorie eines tertiären defizitären Narzißmus. Die Eigenarten der archaischen Abwehr müssen sich daher auch im Feld des sekundären Narzißmus und der Über-Ich-Bildung reproduzieren, auf welcher wesentliche, sekundäre Ich-Funktionen wie z. B. die Realitätsprüfung beruhen. Nach einer methodologischen Untersuchung der Abwehrstrukturen, die das Borderline-Syndrom charakterisieren, geht der Verfasser dazu über, am Beispiel einer Patientin den spezifischen Zusammenhang von archaischer Ich-Störung und sekundärprozeßhaft erscheinenden Konflikten zu zeigen. Mit der damit bezeichneten Ich-Struktur werden notwendigerweise therapeutische Techniken erforderlich, die der Identitätsdiffusion des Borderline-Patienten Rechnung tragen. Der Autor diskutiert im Hinblick auf diese Probleme abschließend mögliche Anknüpfungspunkte, die sich aus Ich-strukturellen Problemen und abwehrmorphologischen Analysen für die psychoanalytische Behandlungstechnik bei Borderline-Patienten ergeben können.

\*Dr. theol., Psychoanalytiker am Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LF I) Berlin der DAP

\*\*Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1. – 4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

Die folgenden Überlegungen werden sich den spezifischen Abwehrmechanismen und ihrer Struktur zuwenden, mit denen es die Analyse von Borderline-Patienten zu tun hat. Man hat für die Borderline-Syndrome zunächst die archaische Identitätsintegration, die Zersplitterung des Ichs in einen diffusen Zusammenhang multipler Persönlichkeitsbilder, Charakterfassaden und einen rasch alternierenden Wechsel unverbunden erlebter Ich-Zustände namhaft gemacht (*Ammon*, 1959, 1968; *Knight*, 1953; *Kernberg*, 1967/74). Diese Brüche in der Ich-Identität haben allgemeine Ichschwächen und Verunsicherungen zur Folge, die in Überanpassungen oder Abspaltungen des Ichs in Bezug auf die Objekte der Außenwelt oder der inneren Realität zum Ausdruck kommen und gleichzeitig verdeckt werden. Die nach außen hin stattfindende Überidentifikation z. B. mit Forderungen und Erwartungen der Umwelt, die dem Borderline-Kranken die oberflächliche Fassade eines „falschen Selbstes“ (*Winnicott*, 1962) oder einer Als-ob-Persönlichkeit (*Ammon*, 1959; 1969; 1973a, 1976; *Kernberg*, 1967) zur Verfügung stellt, steht daher innerhalb der Ich-Organisation in larvierter Verbindung mit desintegriert unbewußten Objekten.

Das Borderline-Ich zeigt auf den ersten Blick eine antagonistische organisierte Abwehrstruktur, deren verschiedene Seiten in der Hauptsache einem präödipl-archaischen und einem eher sekundärprozeßhaften Persönlichkeitsaspekt entsprechen. Diese Abwehrform hat auch eine doppelte Ich-strukturelle Funktion. Einerseits gilt es, die primärprozeßhafte Identitätsdiffusion abzuwehren, deren ungehemmte Dynamik den Zusammenbruch des gesamten Ichs herbeiführen würde. Auf der anderen Seite finden wir Abwehrmechanismen, die denjenigen der Neurosen analog zu sein scheinen. Beide Richtungen dienen gerade in ihrer Widersprüchlichkeit dem homöostatischen Gleichgewicht und einer notdürftigen Integrierung der Gesamtpersönlichkeit. Diese in Gegensätzen sich zusammenhaltende Ich-Struktur ist es gerade, die den Borderline-Kranken als Persönlichkeit mit scheinbar vielen Identitäten erscheinen läßt.

In den weiteren methodischen Schritten werden wir uns am Leitfaden von *Ammons* Konzeption der Ich-Identität, welche ein anderes als das bisher in Theorie und Praxis gehandhabte Verständnis der Abwehr erforderlich macht, auch mit Positionen der Borderline-Psychologie auseinandersetzen, deren Begriffsbestimmungen im wesentlichen *Freuds* energetisches Modell des psychischen Apparates und seiner Topik zu Grunde liegt. Von dieser Seite her lassen sich in der gegenwärtigen psychoanalytischen und Ich-psychologischen Forschung im einzelnen oft stark divergierende Auffassungen des Borderline-Syndroms allgemein dahingehend zusammenfassen, daß sich die archaisch-präödiplalen Abwehrmechanismen mit Störungen amalgamiert haben, die mit den Vorgängen des sekundären Narzißmus und der Über-Ich-Bildung in Verbindung stehen. Die widerspruchsvolle, phänomenologische Struktur der Borderline-Symptomatik ist auf spezifische Organisationsvarianten bezogen, welche aus den psychodynamischen

Prozessen zwischen primärem und sekundärem Narzißmus hervorgehen. Der traditionelle Begriff des Narzißmus, der aus den Beziehungen von Libidostufe und Objektbesetzung resultiert, erscheint uns aber aus mehreren im folgenden sich noch weiter abklärenden Gründen einiger grundlegender Modifizierungen zu bedürfen.

Bis in die vom späten *Freud* ausgehende Ich-Psychologie *Hartmanns*, an dem sich Autoren wie z. B. *Knight* und *Kernberg* mit Kombinationen aus den Konzepten *M. Kleins* orientieren, folgen die Definitionen des Narzißmus den Relationen von primärer und sekundärer Ich-Autonomie. In dieser Zuordnung hat der Begriff der Abwehr in der Ich-psychologisch an *Freud* und *Hartmann* sich anlehnenen Psychoanalyse seine wissenschaftstheoretische Signifikanz. Dem primären Ich-Apparat sind die primären narzißtischen Abwehrpositionen, der sekundären Autonomie die sekundär-prozeßhaften Abwehrleistungen der Sublimation, der Neutralisierung und der Verdrängung koordiniert. Das primäre, noch rudimentäre Ich wehrt im Interesse, die als gut erlebten Objekte gegen die mögliche Erfahrung ihrer bösen Äquivalente zu bewahren, in psychodynamischen Formen ab, die sich als Introjektion und Projektion, als Splitting-Mechanismen, als primitive Idealisierung und Idolisierung wie als die Ambivalenz von Omnipotenz - und Entwertungsgefühlen zusammenfassen lassen. Der sekundären Ich-Autonomie entsprechen die mit der zunehmenden Assimilierung der aggressiven Triebstreben verbundenen Unterdrückungen libidinös andrängender Manifestationen. Die Gründe für die Ergänzungsbedürftigkeit dieses Konzeptes liegen in folgenden Einwänden:

1. Das qualitative Auseinanderfallen von primärer und sekundärer Ich-Autonomie muß in den Begriff des Ichs selbst von vornherein eine meta-psychologisch nicht mehr zu schließende Ambivalenz hineinragen. Auf beiden entwicklungsgeschichtlichen Positionen handelt es sich um zwei völlig verschiedene Ich-Begriffe. Während das primäre, die noch nicht integrierten, formal trotzdem vorausgesetzte psychomatische Einheit mit den elementaren Ich-Funktionen wie Sprechen, taktilo-optischen Reizen, Motorik usw. bezeichnet, ist das sekundäre Ich widerspruchsvoll als Quelle und Produkt der mit der Sublimierung einhergehenden Abwehr mit den ihr analogen Mechanismen bestimmt.

2. *Ammon* hat aus der Einsicht heraus, daß der Terminus „Ich“ nicht verschiedene Sachverhalte repräsentieren kann, welche nur im Rahmen der triebgesetzlichen Kausalität miteinander verbunden sind, diesem den integralen Begriff der Identität hinzugefügt. Primäre und sekundäre Ich-Autonomie, die in der traditionellen Ich-Psychologie lediglich äquivok behandelt werden, sind ausschließlich als Ausdrucksform der sich während des ganzen Lebens des Individuums entwickelnden Identität des Ichs zu begreifen; die Dimension der Ich-Identität erstreckt sich von den allerersten lebensgeschichtlichen und psychogenetischen Anfängen auf einem gleitendem Spektrum bis in die sogenannten sekundären Bereiche. Auf Grund

dieser Konzeption ist es notwendig geworden, die für eine psychoanalytische Psychopathologie konstitutive Theorie der Abwehrstrukturen neu zu überdenken.

3. Der seit *Freud* übliche Sprachgebrauch von den Objektbesetzungen, den Objektinternalisierungen und den in der Ich-psychologischen Terminologie verwendeten Selbst- und Objekt-Imagines muß abstrakt bleiben, weil zwei wesentliche Probleme, die sich in diesem Zusammenhang stellen, nicht reflektiert werden. Daß es sich bei den Objekten in irgendeiner Hinsicht um die Eltern handelt und daß sich an ihnen die Teilung in „gut“ und „böse“ vollzieht, kann für ein Verständnis der Introjektions-, Projektions-, und Identifikationsprozesse nicht als erschöpfend gelten, zumal von den sich hieraus ergebenden Folgerungen für die psychogenetische Entwicklung weitreichende, persönlichkeitsstrukturelle und diagnostische Schlüsse gezogen werden müssen.

Wir sprechen an dieser Stelle daher nicht einfach von Objekten als solchen, sondern mit *Ammon* von dem spezifischen Geflecht puppen- und psychodynamischer Charaktere, in denen die sich in Frage stehenden Objekte jeweils darbieten, somit müssen aber auch die ihnen entsprechenden Abwehrformationen in sich selbst aus Verschränkungen gruppen- und psychodynamischer Faktoren bestehen, die als verinnerlichte Momente der Identitäts-Entwicklung Ich-strukturelle Relevanz besitzen.

Allgemein läßt sich also für das Borderline-Syndrom bereits jetzt sagen, daß seine Darstellungsweisen nicht die psychogenetischen Kombinationen von Störungen aus primärem und sekundärem Narzißmus als solchen widerspiegeln, sondern die unter bestimmten Umständen der frühen Gruppendynamik des Kindes mit der Mutter vollzogenen Objektverinnerlichungen- und projektionen.

Die archaischen Abwehrmechanismen lassen sich nach dem Vorgang *Ammons* aus der Dynamik der Mutter-Kind-Symbiose erklären, wobei man sich bei ihnen zunächst fragen kann, ob sie von einem bereits konstituierten Ich herrühren oder ob sie vielmehr Abwehren gegen seine Entwicklung darstellen. Betrachtet man die Sache unter psychogenetischen Gesichtspunkten, so hat *Ammon* in letzterem Sinne entschieden: das auf die Symbiose mit der Mutter angewiesene Ich des Kindes ist noch so un ausgebildet, daß es zu selbstständigen Abwehrleistungen noch gar nicht in der Lage ist. Die Störungen der symbiotischen Dyade durch Identitätslosigkeit der Mutter, Zerrissenheit der sie umgebenden Gruppe und destruktiv-ambivalentes Agieren von Fürsorge und Im-Stich-Lassen im Hinblick auf das Kind wirken sich als Fragmentierung des Ichs und seiner zentralen primär gegebenen Ich-Funktionen aus, die auch eine allgemeine Abwehrschwäche nach sich zieht. Gelingt es hier gleichwohl, daß sich rudimentäre Ich-Strukturen bilden, so repräsentieren die nicht integrierten unbewußten

Ich-Anteile eine ständige Bedrohung der schwachen Ich-Organisation und können daher nun ihrerseits als psychodynamische Bedingungen der Abwehr gegen die gelingende Identitätsbildung angesehen werden.

Der aus der Neurosenpsychologie stammende Begriff der Abwehr zeigt hier seine Grenze; dennoch soll hier nicht auf ihn verzichtet werden. Man muß sich klarmachen, daß zur Zeit der Symbiose von einer Abwehr des Ichs im strengen Sinne noch nicht die Rede sein kann, vielmehr von einer Abwehr, die das noch im Werden befindliche Ich von Seiten seiner Primärgruppe erfahren hat. Die hier möglichen narzißtischen Verwundungen erlangen eine sekundäre pathologische Autonomie (*Ammon, 1974*) und stellen für das Kind in der Folgezeit die verinnerlichten Formen der destruktiven Aggression dar, die von den ersten vom Kind introjizierten Beziehungsobjekten ausgegangen war. Die zerstörerischen Introjekte, welche eine primäre pathologische Gruppendynamik repräsentieren, haben für das Ich eine zwiespältige Funktion. Einerseits dienen sie der Identitätskompensation; das Ich nimmt ihren autoaggressiven Charakter in Kauf, um in ihnen auf der anderen Seite gleichzeitig pseudostabilisierendes Füllmaterial für sein brüchiges Gefüge zu finden.

Aus diesen Prozessen können wir die Bestimmungen aus den archaischen Abwehrmechanismen gegen die Identitätsbildung ableiten. Wegen der kompensatorischen Bedeutung der destruktiven Verinnerlichungen wird das Ich auf Introjekte dieser Art nicht verzichten können. Die Introjektion ist also einer der hier in der Hauptsache zu nennenden Mechanismen, der auf den des Splitting zurückgeht (*Ammon, 1973a*); dieses ist mit den Vorgängen des Introjizierens bereits selbst gegeben, weil die Verinnerlichungen im Fall destruktiver Aggression von vornherein ambivalenten Charakter haben; sie erfüllen für das Identitätsgefüge nämlich eine stützende und eine abwehrende Funktion in einem. Die auf *M. Klein* zurückgehende einfache Teilung in „gut“ und „böse“ zieht sich deshalb durch die Qualitäten „gut“ und „böse“ immer schon hindurch, wobei ihr anteiliges Verhältnis im einzelnen je nach Lebenserfahrungen und der Art tatsächlich geschehener gruppendynamischer Interaktion im frühen Kindesalter wechselt.

Der der Introjektion entsprechende Vorgang der Veräußerlichung vollzieht sich nicht auf Grund der einer gelungenen Symbiosedynamik nachgebildeten flexiblen Ich-Regulation nach innen und außen, sondern versteht sich aus den Widersprüchen im Ich zwischen seinen zersplitterten Anteilen. Die angsterregenden Teile muß das Ich nach außen verlegen, an äußeren Objekten festmachen, d. h. projizieren. Da die negativen Inhalte für die Kohärenz des Ichs zugleich notwendig sind, müssen sie wieder zurückgeholt, d. h. noch einmal introjiziert werden, was zu den Erscheinungen paranoischer Angst und den Wahnvorstellungen führt. Das rudimentäre Ich erlebt demnach äußere, reale Objekte als verfolgend, böse und bedrohlich, welche es durch Projektion als solche selbst konstituiert.

Das Alternieren von Projektion und Introjektion schließt weitere Abwehrmechanismen ein: die Verwechslung von Innenwelt und Außenwelt, damit auch die Verkehrung ins Gegenteil, die Wendung gegen die eigene Person, die Ineinssetzung oder Vertauschung von Realität und Irrealität bzw. Traum, von konkreter und Symbolebene.

Ein weiterer entwicklungsgeschichtlich in der archaischen Ich-Genese anzusetzender Komplex von Abwehrmechanismen besteht in den Formen der Isolation, Idealisierung bzw. Idolisierung, Verleugnung und Identifikation. Dabei tritt die Isolation auf verschiedenen Ebenen auf. Die Momente der verinnerlichten destruktiven Aggression müssen von den noch intakten Rest-Ich-Anteilen ferngehalten und isoliert werden; in den abrupten Durchbrüchen zerstörerischen Potentials werden Abspaltung- und Isolationsprozesse freilich immer wieder zum Zweck der Pseudo-Ich-Integration durchbrochen, was erneute Isolation auf den Plan ruft. Das Ich isoliert seine als böse projizierten Objekte, muß sich mit ihnen aber wieder im Dienste einer antagonistischen Identitätskompensation verbinden. Daher gehört zur Isolation die Pseudo-Integration, die für die Ambivalenz von Borderline-Strukturen charakteristisch ist. Die isolierende Abwehr destruktiver Objekte und deren gleichzeitige Fusionierung mit dem Ich, d. h. ihre Verwandlung in pseudokonstruktive Objekte sind der psychodynamische Hintergrund dieser Ambivalenz.

An dieser Stelle zeigt sich schließlich überhaupt, daß die archaischen Abwehrmechanismen in ihren affirmativen Bestimmungen ganz allgemein mit den jeweiligen Gegensätzen einhergehen; sie sind als solche zugleich das Negativ ihrer selbst. Introjektion ist ohne Projektion nicht zu denken; Isolation und Abspaltung nicht ohne Fusionierung und Verschmelzung. Von Patienten, welche auf Grund ihrer Pathogenese dieser Abwehr ausgeliefert sind, kann gut gleich böse und umgekehrt bedeuten (Freund = Feind usw.)

Die Struktur der archaischen Abwehr ist also von Anfang an doppeldeutig; auf ein- und derselben psychogenetischen Ebene ruft Abwehr ihr gegenteiliges Äquivalent hervor. Die Grundform dieser Abwehr ist also immer schon Abwehr der Abwehr (*Ammon, 1976*).

Die psychodynamischen Wurzeln der Idealisierung müssen ebenfalls auf die Prozesse in der Primärgruppe zurückgeführt werden. Das schwache Ich des Kindes bedarf der schützenden-symbiotischen Beziehung als Con-Ego, das seinen Bestand und seine Entwicklung sichert. Gegenüber der eigenen Relativität und Hilflosigkeit bedeutet dieses Con-Ego für das kindliche Ich eine ideale Ich-Einheit mit omnipotenten Möglichkeiten und Funktionen. Aus den Störungen der Symbiose müssen deshalb zwei Folgerungen gezogen werden.

Zur Aufrechterhaltung der Idealität der symbiotischen Primärbeziehung müssen Rest-Ich-Anteile projektive Energie aufbringen, – und zwar gegen den Ansturm einer inneren feindseligen Objektwelt, die das Ideal im Sinne



narzißtischer Kränkung zusammenbrechen lassen. Um dies zu verhindern wird sich die Idealisierung stets mit der Abwehr der Verleugnung verbinden, welche die vom Ich ersehnte, ideale Symbiose in einer irrationalen Weise reparativ wiederherstellen lassen will. Mit der Idealisierung ist die Selbstentwertung und Verkleinerung des Ichs gegeben, das sich, freilich in der Identifikation mit der symbiotischen Vollkommenheit als omnipotent und selber ideal präsentieren muß. Es ist einleuchtend, daß in seiner weiteren Entwicklung dem Ich jede Form von Realität als Einschränkung und traumatische Entidealisierung der omnipotenten Symbiose erscheinen muß, mit der es sein Defizit aus der Phase des primären Narzißmus phantastisch ausgleichen will. Die Notwendigkeit, daß die ambivalente Symbiose wegen der Schwäche des Ichs als Ich-Ferment selber beibehalten werden muß, läßt es nicht zu, daß in freiem Austausch reale Objekte und ihre Besetzungen internalisiert und externalisiert werden können.

Nach den bisherigen Ich-psychologischen Theorien des Borderline-Syndroms haben sich die präödiapalen Abwehrmechanismen mit Störungen verbunden, die mit den Vorgängen des sekundären Narzißmus zusammenhängen. Diese Prozesse setzen für sich genommen voraus, daß die Ebene des primären Narzißmus verlassen werden konnte und eine Beziehung zur Realität prinzipiell immerhin möglich war. Diese Auffassung des Borderline-Syndroms bedarf jedoch in einer weiteren Hinsicht einer wesentlichen Modifizierung. Bei einer frühkindlichen defizitären Ich-Entwicklung müssen nämlich auch die später anzusetzenden Über-Ich-Bildungen mit ihren Abwehrleistungen als Funktion der archaischen Traumata der Ich-Identität begriffen werden, wie überhaupt im positiven Sinne das Über-Ich nicht aus einer in der ödipalen Phase neu anzusetzenden Psychogenese hervorgeht, sondern sich strukturell und funktionell in den Gesamtraum der sich von den ersten Lebensäußerungen des Kindes an manifestierenden Ich-Identität einfügt. Liegt ein archaisches Ich-Defizit vor, so ist denkbar, daß intakte Rest-Ich-Anteile der gestörten Ich-Identität gleichwohl in der Lage gewesen sein müssen, die psychodynamischen Möglichkeiten zu partiellen Objektbeziehungen bereitzustellen und somit Objektrepräsentanzen als konstruktive Elemente dem Ich zu integrieren. Die Rest-Ich-Anteile haben unter der Einwirkung des archaischen Defizits die Funktionen der ausgefallenen Ich-Identität übernehmen müssen, woraus sich die für Borderline-Patienten charakteristischen Überkompensierungen von bestimmten Ich-Funktionen herleiten lassen. Das fragmentierte Ich ist mit seinen ihm verbliebenen funktionsfähigen Bereichen gleichzeitig mit der ständigen Abwehr der destruktiv virulenten Identitätsabwehr aus der mißglückten Symbiose belastet, – eine Konstellation, welche die ohnehin schon eingeschränkten Potentiale des Ichs noch weiter reduzieren muß und seiner dauernden Zersplitterung Vorschub leistet.

Das Borderline-Syndrom läßt sich nun als Reproduktion von Störungen im Umkreis des primärsymbiotischen Narzißmus auf der Ebene sekundär narzißtischer Positionen beschreiben, die in ihren konstruktiven Seiten auf den unbeschädigt gebliebenen archaischen Identitätsmöglichkeiten aufbauen, sich ansonsten aber nur in den scheinhaften Ersatzformationen eines Pseudo-Über-Ichs repräsentieren; dieses ist Folge des in der psychogenetischen Zone des arretierten, primären Narzißmus eingeschlossenen sekundären Narzißmus, den *Ammon* (1973a) tertiären Narzißmus genannt hat.

Dieser Gedankengang, der einen charakteristischen Aspekt des Borderline-Syndroms beleuchtet, wird sich durch Gegenüberstellungen mit *Freuds* Konzept der Neurosen als Über-Ich-Erkrankungen verdeutlichen. Die traumatischen Deformationen kommen bei neurotischen Fehlentwicklungen nicht wie auf dem präodipalen Ich-Bildungs-Niveau durch Ruptur der Symbiose zustande, sondern durch die versagende Einwirkung äußerer Objektbeziehungen. *Freud* hat die Fähigkeit zur Kommunikation mit abgrenzenden Objekten genetisch in die Zeit der Konstituierung ödipaler Dreiecksverhältnisse verlegt (*Freud*, 1926). Werden die Eltern vom Kind im Sinne des Liebesverlustes als enttäuschend erlebt, so kommt es zu einer Ich-Veränderung. Das Ich gibt das reale Liebesobjekt auf und stellt es durch Regression auf dem Standort des sekundären Narzißmus als internalisiertes Objekt wieder her. Dieser Vorgang vollzieht sich durch Identifizierung mit dem geliebten Elternteil, um seinen real drohenden Verlust abzuwehren. Die Ich-Veränderungen durch sekundäre Identifikation, Internalisation oder Introversion sind für *Freud* Inbegriffe der Über-Ich-Inhalte.

Die Konflikte zwischen Ich und Realität werden nun im Ich selbst zwischen Ich und Über-Ich ausgetragen bzw. kompensatorisch bewältigt. Vergeltungsangst und Liebesentzug läßt das Ich sich an das Über-Ich, dem Repräsentanten des sich entziehenden geliebten Objektes, anpassen und sich ihm unterwerfen; es erfüllt Sollens- und Gewissensforderungen, um das Straf- und Verlassenheitstrauma abzuwehren. Daher sind auf dieser Stufe die Identifikation mit dem Angreifer (*Ferenczi*, 1939), die Angleichung ans Objekt, und die Über-Identifizierung Hauptabwehrmechanismen. Die Über-Ich-Inhalte nehmen daher den Charakter der Realität an; hieraus werden sekundäre Abwehrmechanismen wie z. B. Rationalisierung und Intellektualisierung verständlich. Ähnlich wie bei der archaischen Dynamik lassen sich hier auch Prozesse wie Verleugnung, Abspaltung und Isolation denken.

*Freud* und seine an der Instanzentheorie orientierten Nachfolger müssen eine theoretische Ableitung des Borderline-Syndroms zunächst deshalb verfehlen, weil Es-Strebungen in einem grundsätzlich entwickelten Ich den Gegendruck des sekundärprozeßhaften Über-Ichs hervorrufen. An dieser Stelle entstehen die neurotischen Konflikte in Form der hysterischen Konversionssymptomatik oder der Zwangsneurosen durch Regression von

Ich und Über-Ich auf die prägenitale Trieborganisation (*Fenichel, 1932*).

Bei Borderline-Patienten liegt zwar auch eine Enttäuschung durch Über-Ich-Einwirkung vor und insofern eine scheinbar neurotische Symptomatik. Aber die Besetzung des Über-Ichs mit narzißtischer Energie ist durch das archaische Trauma in der Ich-Identität von vornherein defizitär geblieben. Das sekundäre Über-Ich wirkt daher pseudo-traumatisch. Es ist in der Borderline-Struktur eine Funktion des narzißtischen Defizits. Man kann auch sagen, daß der tertiäre, pathologische Narzißmus im Borderline-Syndrom den sekundären bestimmt und in sich einschließt. Für sich genommen setzt der sekundäre Narzißmus, d. h. die Wiederaufrichtung des verlorenen Liebesobjektes im Über-Ich und Ich-Ideal intakte Ich-Grenzen voraus, die beim Borderline-Kranken nicht gegeben sind. Während der Neurotiker das Über-Ich zu betrügen und zu bestechen versucht, erlebt es der Borderline-Patient als teilweise unreal. Er hält an ihm im Sinne einer pseudoneurotischen Identifikation fest, glaubt aber nicht recht daran. Daher ist die neurotische Fassade seiner Ich-Struktur nur leicht aufgesetzt; bei wirklichen Streßsituationen, wo es um die Glaubwürdigkeit des Über-Ichs geht, kann es jederzeit beiseitegeschoben werden, – erst recht bei psychotischen Reaktionen. Diese Dynamik verstärkt den Derealisations- und Deperonalisationseffekt beim Borderline-Kranken. Die Problematik dieses Zusammenhangs von archaischer und pseudoneurotischer Abwehr soll auch in ihren gruppensdynamischen Bezügen am Beispiel einer Patientin dargestellt werden.

Frau B. eine 30jährige Studentin kam in die Behandlung mit Klagen über extreme Abwesenheits- und Isolationsgefühle; sie fühle sich überdies grenzenlos, alles sei ihr gleichgültig und fremd; sie habe den Eindruck, daß die anderen kein Interesse an ihr nähmen; was sie auch tue, es sei doch alles egal und letztlich ohne Bedeutung. Auf der anderen Seite erlebe sie die Nähe anderer Menschen als Bedrohung; sie empfinde sich dann wie ein eingesperrter Vogel, der gar keine Bewegungsmöglichkeiten habe, der anderen allenfalls als billiges Unterhaltungsmittel zur Verfügung steht, wobei sie selbst aber niemals gemeint sei. Gleichwohl brauche sie einen oberflächlichen Kommunikationsbetrieb, in den sie sich oft wie besinnungslos mit wechselnden Beziehungen zu Männern hineinstürze, um überhaupt etwas zu haben; danach kehre sie an ihren Schreibtisch zurück, von dem sie sich dann in zwanghafter Bewegungslosigkeit nicht entfernen darf, weil letzten Endes alles, was sie mache nur ihrer Arbeit diene. Insgeheim treibt sie die Vorstellung um, ein Genie zu sein, dem es nur auf zweckfreie Erkenntnis ankommt, und dem die Dinge der äußeren Realität durchweg belanglos und lächerlich erscheinen. In ihren Größenwahnvorstellungen rivalisiert sie heftig mit ihren männlichen Kommilitonen und Bekannten, – in der analytischen Situation von Anfang an auch mit mir. Ihre Überlegenheitsgefühle können aber, z. B. wenn ich die Rivalität annehme, rasch umschlagen und von Kleinheits- und Vernichtungsphantasien abgelöst werden.

Frauen nimmt sie, was Intellektualität und Leistung betrifft, nicht recht ernst, es sei denn als Refugium vor den Rivalitätsspannungen; daher habe sie hier eher das Gefühl wirklicher Mitteilung. Nach kurzer Zeit gerät sie jedoch, wenn sie sich mit einer anderen Frau befreundet, in Depressionen, die ihr zwar Geborgenheitsgefühle geben, sie aber auch dem Sog sentimentaler Mitleidsgedanken und Schuldgefühle aussetzen. Hieraus sucht sie wiederum auszubrechen, sei es durch willkürliche Reisen oder durch kurzfristige Beziehungen zu Männern, die freilich nur möglich sind auf dem Hintergrund einer mehrjährig dauernden symbiotischen Beziehung zu ihrem Freund. Der Wechsel zwischen Rivalität und symbiotischer Umklammerung treibt sie in ein diffuses Agieren nach außen, in dem sie sich kaum noch wiedererkennt, und aus dem sie wie gebrochen und latent suizidal wieder zurück kommt.

Die Patientin stand als einzige Tochter altersmäßig zwischen zwei Brüdern, wovon der eine durch eine fassadäre berufliche Tüchtigkeit glänzte, der andere als verführerischer, schöner Jüngling zwar nichts leistete, aber die Familie durch sexuelle Eskapaden aufmunternd in Gang hielt. Das Verhältnis der Brüder zueinander entsprach dem Identitätskonflikt des Vaters, der als erfolgreicher und anerkannter Arzt sehr auf Leistung drängte und in rigider Weise nur den Über-Tüchtigen als seinesgleichen akzeptieren konnte. Gleichzeitig hat er sich selbst aber nie dazu verstehen können, jenen überzogenen Forderungen, die er postulierte, auch selber nachzukommen. Im übrigen legte er Wert darauf, ein erotisch attraktiver Mann zu sein, –Wünsche, die er wegen seiner oberflächlichen Leistungsideologie, mit der sich der ältere Bruder identifizierte, sich nicht gestatten zu können glaubte, die er aber in den Abenteuern des jüngeren Sohnes offen mitvollzog und ausleben ließ. Die Mutter war in ihrer Grundstimmung depressiv und zog sich gegenüber den Machtansprüchen des Mannes in hilflose Infantilität und in funktionelle Psychosomatik zurück. Gleichzeitig trug sie in das formale Familienklima eine Atmosphäre diffuser Wärme hinein, die die Gruppe emotional zusammenhielt und den Männern, die über ihre niemals ernstgenommenen Klagen lächelten, ein Gefühl der Überlegenheit gab.

Die Borderline-Dynamik der Patientin spiegelt diese Gruppendynamik wieder. Einerseits hat sie den pseudoneurotischen Konflikt des Vaters zwischen der Vorspiegelung ernstzunehmender Anspruchshaltungen und seinem playboyhaft sexualisierenden Verhalten introjektiv übernommen. Sie spürte jedoch, daß der Vater hinter keiner seiner Selbstdarstellungen richtig gestanden hat. Die sexualisierende Kommunikation mit dem Vater hatte daher von vornherein einen Double-bind-Charakter. Für den Vater war sie ein affektives, zugleich aber abgewehrtes Objekt. Sie galt als sein ausgesprochener Liebling, ist ihm in Wahrheit jedoch wegen ihrer rivalisierenden Aggressivität und wegen seiner eigenen Ich-Schwäche zunehmend lästig geworden. Sie hat aber immer an der Vorstellung festgehalten, daß der Vater hinter seinen positiven Gefühlen ihr gegenüber stand. Wie sehr sie

diese aber als eine Scheinwelt erlebte, zeigte sich daran, daß sie selbst nie ein festes Verhältnis weder zu ihrer Arbeit noch in ihren sexuellen Beziehungen hat finden können. Damit hat sie gleichzeitig die Widersprüche zwischen ihren Brüdern zum Ausdruck gebracht.

Vor Rivalität und Verführung suchte sie auf der anderen Seite Schutz bei ihrer depressiven Mutter, die ihr zwar Wärme geben konnte, sie aber im Stich ließ, indem sie sich selbst zum Kind machte, das getragen und beschützt werden wollte. Die Patientin hat daher stets ihre Mutter für sich selbst und vor den Männern der Familie aufbauen müssen. Die Symbiose anbietende Mutter hat im Double-bind ihrer eigenen Infantilität der Patientin ein schweres narzißtisches Trauma zugefügt. Im Sinne der Verleugnung und der Verkehrung ins Gegenteil mußte die Patientin die introjizierte, selber schutzlose und eben darum destruktiv-aggressiv wirkende, innere Mutter projektiv immer wieder aufwerten, um überhaupt etwas zu bekommen, – was freilich nur zum Schein geschehen konnte. Wegen der Ich-Schwäche der Mutter ist sie wie beim Vater stets leer ausgegangen und allein geblieben. Dadurch ist bei ihr überhaupt das Gefühl für Realitäten ins Wanken gekommen. Sie hat die Mutter, die selbst emotional schwach entwickelt war, zwanghaft idealisieren müssen, was die Verlässlichkeit von Gefühlen betraf. Zugleich hat sie sich selbst eben wegen der Schwäche der Mutter idealisiert. Sie phantasierte, daß nur sie einen Blick für die wahren Realitäten habe; alle anderen aber Täuschungen über sich selbst zum Opfer fallen. Hier her rührt ihre charakteristische Ambivalenz von Omnipotenzgefühlen und Selbstverkleinerung, die suizidale Färbung annimmt, wenn sie die Vergeblichkeit und Scheinhaftigkeit spürt, die Symbiose für sich selbst in einem positiven Sinne wiederherzustellen.

Um nicht in diese archaischen Ängste vollends abzugleiten, hat die Patientin das pseudoneurotische Abwehrsystem als introjizierte Schein-Kommunikation mit dem Vater entwickelt. Die Rivalität, die Überkompensation sekundärer Ich-Funktion in Form intellektueller Fähigkeiten sollten als Schutz vor der strukturellen Ich-Auflösung dienen. Dieser Schutz erfuhr aber eine Relativierung, weil die primäre und sekundär erscheinende Abwehr ein gemeinsames Element aufwiesen. Der durch die Depression der Mutter disponierte Objekthunger der Patientin läßt sich einerseits aus der defizitären Symbiose, die immer wieder reparativ aufgefüllt werden muß, wie aus dem pseudoneurotischen Über-Ich des Vaters begreifen, einer Scheinwirklichkeit, die nur oberflächlich durch eine Schein-Sexualität abgewehrt werden konnte. Die Versuche, den Vater durch Identifizierung zu erreichen, brachten ihr schwere Arbeitslähmungen und gravierende Störungen der weiblichen Identität ein. Sie hat immer ein Mann sein wollen, Frauen aber wie die Mutter gleichzeitig gebraucht und verachtet. Das Über-Ich des Vaters, an das sie durch die Verführung libidinös fixiert war und das sie durch Sexualisierung wiederum umgehen konnte, erwies sich in Zeiten erhöhter realer Belastung als nicht tragend, weil der Vater, den sie durch

Identifizierung erreichen wollte, an dieser Stelle in Wahrheit gar nicht existent war. Sie regredierte dann auf die defizitär-symbiotische Kommunikation mit ihrer Mutter und zeigte sich zeitweise stark suizidgefährdet.

In der Analyse projizierte sie auf mich zunächst die verinnerlichten Anteile ihres Vaters. Als Widerstand gegen die Therapie wiederholte sich das wechselvolle Spiel von Rivalität und Verführung. Im weiteren Verlauf der projektiven Identifikation depressiv-symbiotischer Anteile ihrer Mutter äußerte sie dann das Gefühl, sie käme meinetwegen in die Analyse, um mich zu zerstreuen und mir einen Dienst zu erweisen, für den sie außerdem auch noch bezahlen müsse. In beiden angebotenen Übertragungsbeziehungen die sich aus einer archaischen Splitting-Dynamik ergaben, zeigte sie gegen mich abgrundtiefes Mißtrauen, dann wieder Machtlosigkeit und das Empfinden des Ausgeliefertseins.

Das, was in der Analyse geschah, konnte sie in der Hauptsache nur als Schein-Realität erleben – so wie in der Tat die introjizierten Eltern für sie nur Schein-Realitäten hergaben. Ihre häufigen Reisen, die sie während der Analyse unternahm, die ich als Abwehr gegen ihr projektives Agieren verstand, konnte ich nun als Ausdruck ihrer Angst begreifen, daß die Eltern außerhalb ihrer Charakterfassaden für sie gar nicht präsent gewesen sein könnten. Das Leere- und Fremdheitsgefühl, das hier entstand und über das sie in der Analyse immer wieder klagte, war mit unbewußten Schuldgefühlen verbunden, weil sie es nicht vermochte, die Familiengruppe in ihrer Zerrissenheit und Scheinhaftigkeit wieder zum Leben zu erwecken, um selbst leben zu können.

Während der Behandlung kam es darauf an, die in den verschiedenen Bereichen ihrer Borderline-Abwehr verborgenen konstruktiven Ich-Funktion aufzufinden, welche die Patientin als solche für sich auch akzeptieren konnte. Freilich wäre es z. B. problematisch gewesen, ihr kreatives Potential an Intelligenz aus dem Widerstandsagieren von Rivalität und Verführung einfach herauszunehmen. Das Analysieren dieses Widerstandes, der ja eine fragmentierte Ich-Leistung darstellt, hätte einen wichtigen Schutz gegen das narzißtische Defizit in Frage gestellt, den die Patientin mühevoll hätte wiederherstellen müssen. Entscheidend war es, die im primären Abwehrbereich überdeckten Ich-Funktionen aufzufinden und ihr eine Hilfe zu geben, konstruktiv-aggressiv im eigenen Interesse etwas für sich zu tun, ohne sich nach dem verinnerlichten Vorbild der destruktiven Symbiose in der archaischen Identitätsabwehr aufzureiben. Daher mußten die in den archaischen Ich-Strukturen angelegten konstruktiven Möglichkeiten, welche destruktiv-aggressiv durch pseudoneurotische Ersatzbildungen absorbiert wurden und als Abwehrmechanismen dienten, stärker zum Zuge kommen, um durch Integration der Ich-Funktionen zur Aufhebung von Ambivalenz und Ich-Zersplitterung zu gelangen.

Aufs Ganze gesehen zeigt die Ich-Struktur der Patientin eine Inversion von primärem und sekundärem Narzißmus in der Psychodynamik des tertiären Narzißmus, wobei wir hinzufügen müssen, daß der Begriff des sekundären Narzißmus nur im Sinne einer einschränkenden Analogie zur klassisch-psychoanalytischen Nomenklatur verwandt wird; denn der pathologische Narzißmus bedeutet für uns nicht den Konflikt zwischen dem verlorenen, ödipalen Liebesobjekt und seinen Ersatzbildungen in den idealisierten und zugleich abgewehrten Formen des Über-Ichs, sondern die Fragmentierung der primären und zentralen Ich-Struktur. Die präödipale Symbiose mit der Mutter ist es, die das archaische narzißtische Ich-Gefüge des Kindes im wesentlichen ausmacht; die Ich-Identität steht in dieser Phase noch in einer unmittelbar strukturellen Verschränkung zur Objektwelt, welche sich als symbiotische Interaktion in dem sich entwickelnden Ich abgrenzungslos manifestiert. Der primäre Narzißmus umgreift deshalb in der homogenen Dimension der Mutter-Kind-Dyade die Ich-strukturellen und gruppodynamischen Seiten der primären Ich-Identität. Traumatisierungen der archaischen Gruppensituation sind deshalb als Ich-strukturelle Defizite zu deuten; die Ich-Funktion der Ich-Abgrenzung und die der Objektbildung, welche in der Konfliktgenese des sekundären Narzißmus bereits vorausgesetzt sein müssen, stehen daher als Elemente einer konstruktiven Ich-Entwicklung nur dann zur Verfügung, wenn das Kind seinen Bedürfnissen entsprechend eine regulationsfördernde Flexibilität der symbiotischen Gruppengrenzen in seine Identitätsmöglichkeiten hat aufnehmen können. Die defizitäre Symbiose der im vorhergehenden dargestellten Patientin hat deshalb von Anfang an zuverlässige Objekt-beziehungen mit den ihr analogen Ich-Grenzen, damit aber auch eine sekundär narzißtische Pathologie verhindert. Psychodynamik und Ich-Struktur der Patientin sind somit ein Spiegel der in vielfältiger Weise beschädigten Familiensituation. Im tertiären Narzißmus reflektieren sich daher die Identitätsprobleme und die verkümmerte Interaktion der Primärgruppe, welche im vorliegenden Fall die Borderline-Dynamik von Ich-Defizit, Scheinrealität und deren poseudoneurotische Abwehr be-stimmt hat. Erst eine Ich-strukturell aufbauende Psychotherapie (*Ammon, 1975/76*), die sich konstruktiv mit den primären und zentralen Ich-Funktionen in den Medien der archaischen Abwehr des tertiären Narzißmus verbinden kann, ist in der Lage, die Ich-Funktion in einem abwehrfreien Sinne auch in jenen genetischen Identitätsbereichen, die von den späteren Über-Ich-Stadien ausgefüllt werden, der analytischen Wieder-herstellung zugänglich zu machen.

### *The Defense Structure of a Borderline Syndrome*

Harald Knudsen

The study of defence phenomena inherent in the psychoanalytic process of borderline patients has to take place at a metapsychological level and in the light of psychotherapeutic techniques. The defence structure of borderline personalities is characterised by a dual, contradictory aspect, which is the consequence of a general psychodynamic fluctuation between primary and secondary processes. Defence mechanisms in a borderline syndrome are, on the one hand, transitory psychotic irruptions and, on the other hand, formations analogue to a neurosis. This constellation accounts for the iridescent and ambivalent personality of borderline patients, a phenomenon which we are confronted with in psychoanalytic therapy. The following paper is based on the assumption that the characteristic ambivalence of borderline cases has not been assessed sufficiently in the sense of a conflictual structure of instincts or a narcissistic-libidinal departure from object cathexises. Taking *Ammon's* ego identity concept as a starting point, the borderline context of instinctual defence and narcissistic disturbance is discussed in the light of its psychogenetic parallelism with the entirety of the ego-developmental processes. The symptoms of a borderline patient are the expression of a fragmentary ego, the deficits of which also relate to the instinctual structure and to the object reference. Within such an ego organisation, psychotic defence operations and attempts of defence against archaic fears of disintegration face each other, thereby simultaneously safeguarding the patient's psychodynamic balance. Defence stands against defence. To be sure, the archaic ego deficit conditions both defence formations, at the subsequent genetic ego-developmental level, no manifest neuroses will develop, but rather a pseudo-neurotic psychopathology, disguising the primary identity defects in the form of a facade. These psychodynamics give rise to fluctuating representations of a number of seemingly contradictory defence phenomena which characterise the ununiform and diffuse picture of a borderline pathology. The problems of such an ego structure occur above all because the narcissistic deficit is reproduced in the later super-ego development and hence in the ego-function of reality testing. That is why a borderline patient will often experience reality as make-believe, i. e. also the reality of the analytic situation. This very often makes it difficult for an analyst to create an assertive therapeutic relationship.



The treatment of borderline syndromes consequently involves specific difficulties. The analyst has to be able to communicate with the patient on the different levels of his individual history which conditioned his disturbed ego development, without being drawn into the extreme fluctuations between archaicdeficient and pseudo-neurotic ego conditions. One example of a female patient is to show that specific possibilities of constructive ego dispositions (*Ammon*) were unable to develop in the various defence regions of the ego; however, a strengthening of each of them and their eventual integration led to an elimination of ambivalence and of ego fragmentation.

## Literatur

- Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka/Kansas.
- (1969): Zur Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression. In: Wege zum Menschen (21) H. 5.
- (1970a): Gruppendynamik der Aggression — Beiträge zu einer psychoanalytischen Theorie (Berlin: Pinel-Publikationen).
- (1972): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G.*, Hrsg.: Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen).
- (1973a): Borderline-Syndrome. In: *Ammon, G.*: Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand).
- (1973b): Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: Z. Psychother. med. Psychol. (23) 61—72.
- (1973c): Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: *Ammon, G.*, Hrsg.: Gruppenpsychotherapie (Hamburg: Hoffmann & Campe).
- (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper).
- (1975/76): Seminar: Psychoanalytische Behandlungstechnik am Lehr- und Forschungsinstitut Berlin.
- (1976): Das Borderline-Syndrom — ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9).
- Fenichel, O.* (1931): Hysterien und Zwangsneurosen (Nachdruck 1967, Darmstadt: Wiss. Buchges).
- Ferenczi, S.* (1933): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft. In: Schriften zur Psychoanalyse II (Frankfurt: S. Fischer) 303—313.
- Freud, S.* (1926): Hemmung Symptom und Angst. Ges. W., Bd XIV (London: Imago).
- (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen (London: Imago).
- Hartmann, H.* (1950): Bemerkungen zur psychoanalytischen Theorie des Ichs. In: Ich-Psychologie und Anpassungsproblem (Stuttgart: Klett, 1972).
- Kernberg, O.* (1967): Borderline-Personality Organisation. In: J. Am. Psychoanal. Ass. (15) 641—685.
- Klein, M.* (1952): Developments in Psychoanalysis (London: Hogarth Press).
- Knight, R. P.* (1953): Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient. Bull. Menn. Clin. (17) 139—150.
- Winnicott, D. W.* (1935): "The Manic Defense". In: Collected Papers (London: Tavistock, 1958).

## „Dynamische Psychiatrie in Theorie und Praxis“

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Günter Ammon

Organisation: Dr. med. Jan Pohl

1. Zur Wissenschaftstheorie der Dynamischen Psychiatrie und ihrer historischen Entwicklung.
2. Die Bedeutung der Theorie von Ich- und Gruppenstrukturen für die Dynamische Psychiatrie.
3. Die Rolle der Theorie eines gleitenden Spektrums von archaischen Ich-Krankheiten (Ammon) für die Dynamische Psychiatrie.
4. Genese der archaischen Ich-Krankheiten in der Familiengruppe.
5. Die Rolle der Dynamischen Psychiatrie in Landesnervenkliniken, psychiatrischen Abteilungen von Universitätskliniken und privaten Krankenanstalten.
6. Die Rolle der analytischen Milieuthherapie und der Gruppendynamik in der Dynamischen Psychiatrie.
7. Ambulante dynamisch-psychiatrische Behandlung, Vor- und Nachsorge in Tages- und Nachtkliniken.
8. Behandlungsmethoden im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie.
9. Die Bedeutung der Dynamischen Psychiatrie für die Reformbewegung in der Psychiatrie.
10. Abgrenzung der Dynamischen Psychiatrie von Anti-Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Schulpsychiatrie: Gemeinsamkeiten und Verschiedenheiten.
11. Ergebnisse von Forschungsprojekten innerhalb der Dynamischen Psychiatrie.
12. Fort- und Weiterbildung und Forschung auf dem Gebiet der Dynamischen Psychiatrie.

Referate und Kurzreferate zu diesen Themen, die auch die Themen der parallel stattfindenden Arbeitsgruppen sind, können zum 1. Januar 1977 eingereicht werden (zum gleichen Datum müssen auch die Synopsen vorliegen).

Kongreßgebühr: DM 300,— (nach dem 1. 4. 1977 DM 350,—) Studenten DM 150,—.

Bankkonto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank München (BLZ 700 906 06)  
Kto. 006 21 302.

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Günter Ammon.

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI).

1 Berlin 15, Wielandstraße 27—28, Telefon (030) 883 92 24.

Organisation: Dr. med. Jan Pohl.

Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP.

8 München 40, Leopoldstraße 87, Telefon (089) 34 14 44.

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP.

4 Düsseldorf, Schadowstraße 86—88, Telefon (0211) 36 49 00.

## Die narzißtische Funktion des Zwangs\*\*

Jan Pohl\*

Ausgehend von einer Übersicht der traditionellen Theorien entwickelt der Autor eine funktionale Bestimmung des Zwangs als einer – im Wiederholungszwang generalisierten – Abwehroperation eines in seiner Struktur und synthetischen Funktion defekten Ichs gegen die Entwicklung eigener Identität.

Die Psychogenese des Zwangs als Abwehr des Ichs nicht gegen einen Triebkonflikt, sondern als Abwehr des Ichs im Ich, wird abgeleitet aus einer primär pathogenen Familiendynamik, als deren Exponent die Mutter das Kind nur insofern wahrnimmt, als es der Kompensation des eigenen narzißtischen Defizits dient, während die übrigen Ich-Anteile von der Entwicklung ausgeschlossen sind; deren Korrelate sind diffuse Angst und undifferenzierte destruktive Aggression. Anstelle eines Ichs etabliert sich als internalisiertes Identitätsverbot ein archaisches Über-Ich, das narzißtische Gratifikation im Wiederholungszwang allein aus der narzißtisch-reparativen Funktion für mütterliche Symbiosepartner bezieht.

In der magischen Konstruktion einer Welt, die den eigenen psychischen Gesetzen folgt, und in der permanenten imaginären Schöpfung und Zerstörung eines falschen Selbst wiederholt der Zwangskranke die destruktive Mutter-Kind-Symbiose mit sich selbst und versucht, sich in der Teilhabe an der elterlichen Omnipotenz selbst die ihm vorenthaltene narzißtische Befriedigung zu verschaffen. Daher ist der Zwang ein narzißtischer Selbstheilungsversuch.

Der Versuch omnipotenter Selbst-Konstruktion und zwanghafter Destruktion, der die Ich-Funktion der Aggression pervertiert und in sich aufhebt, spiegelt eine narzißtische Defektbeziehung zur Mutter, die in der Aufnahme und in der gleichzeitigen Abwehr von Kontakt die Beziehungsdynamik des Borderline-Kranken kennzeichnet.

Der Wiederholungszwang, das Prinzip psychischer Krankheit überhaupt, setzt eine narzißtische Kränkung voraus, die durch Festhalten an der infantilen Omnipotenz und durch Verzicht auf eigene Identität rückgängig gemacht werden soll. Der Autor grenzt sich ab von Theorien, die den Wiederholungszwang und damit eine primäre narzißtische Schädigung zum Prinzip der Persönlichkeitsentwicklung erklären. Dagegen ist die Möglichkeit narzißtischer Befriedigung im Prozeß der Ich-Entwicklung und -Erweiterung im Sinn des Identitätsprinzips innerhalb einer lebendigen Gruppe gegeben.

*Fenichel* hat als erster angenommen, die Ich-Regression des Zwangsneurotikers könnte auch Ausdruck einer defizitären Ich-Entwicklung sein. Als einen defizitären Zustand hat schon *Pierre Janet* 1930 eine Neurose bezeichnet, die der von *Freud* erstmals als Zwangsneurose beschriebenen Krankheitseinheit entspricht, für deren Ätiologie er eine „Schwäche der mentalen Synthese“ annahm. Wenn auch *Fenichel* an der zentralen psychogenetischen Bedeutung von Ödipuskomplex, Kastrationsangst und Regression auf die anal-sadistische Entwicklungsstufe der Libido festhält, erörtert er eine Ent-

\*Dr. med., Leiter des Münchener Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP

\*\*Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1.–4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

wicklungsstörung von Ich-Anteilen, die ohne Regression sich archaischer Abwehrmechanismen bedienen, denen im Sinne einer Ich-Spaltung höherentwickelte Ich-Strukturen gegenüberstehen. Diese Inhomogenität einer Ich-Organisation, die neben entwickelten Ich-Funktionen psychotisch abgewehrte Leerstellen aufweist, entspricht dem, was *Ammon, Knight, Kernberg* u. a. bei dem Krankheitsbild des Borderline-Syndroms als Integrationsschwäche eines vielfältig zersplitterten Ichs bei partiell funktionsfähiger Abwehrfassade einer angepaßten Als-ob-Persönlichkeit beschrieben haben.

*Freud* hat die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang als eine Störung der synthetischen Funktion des Ichs bezeichnet, die aus einer spezifischen Abwehroperation des Ichs gegen einen Triebkonflikt resultiert.

*Fenichel* nimmt an, daß eine Entwicklungsstörung des Ichs bei der Zwangsneurose z. B. Folge einer vorzeitigen Reinlichkeitsdressur sein kann, so daß prägenitale Libidoerfahrungen unterbleiben und weder Ödipuskomplex noch Regression entwickelt werden können. Im Falle der klassischen Zwangsneurose hält er eine derartige Ätiologie für unwahrscheinlich, wohl aber für ein der Zwangsneurose verwandtes Charakterbild, das *Reich* als chronische Neurasthenie bezeichnete. Strikte Vorenthaltung von Bedürfniserfahrung wie körperlicher Kontakt, orale Befriedigungsweisen, analer Lustgewinn einerseits, Verführung zu vorzeitiger genitaler Erfahrung oder auch verfrühte Anforderung intellektueller bzw. partnerschaftlicher Leistungsfähigkeit andererseits sind vielfach beobachtete Faktoren kindlicher Entwicklungsstörungen. Sie resultieren aus einer mütterlichen Defektdynamik, die charakterisiert ist durch wechselseitige Kompensationsbedürfnisse eines narzißtischen Mangelzustandes, den die Mutter sekundär mit einem Organmangel identifiziert.

*Lichtenstein* hat die Mutter-Kind-Beziehung mit der Relation zwischen dem Körper und seinem Organ verglichen. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß eine Mutter mit einem Defekt in der primär narzißtischen Konfiguration ihres Ichs, das, wie bereits *Freud* betonte, ein körperliches ist, die Schwangerschaft als Ausgleich ihrer körperlich erlebten Defizienz benutzt und auch nach der Geburt des Kindes darauf nicht verzichten kann. Das Kind dient hier von Anfang an narzißtischen Gratifikationsbedürfnissen, die bei der komplementären Familiendynamik von seiten der gesamten Familiengruppe ausgehen. Damit verbunden ist die zwangsläufige Vorenthaltung der Wahrnehmung des Kindes in eigenem Recht bzw. im Lichte eines neuen Identitätsentwurfs.

Das Identitätsprinzip als mütterliche Ich-Leistung findet seinen Ausdruck in der Wahrnehmung und Befriedigung der spezifischen Lebensbedürfnisse des Kindes, denen innerhalb der Familiengruppe durch beschützende Gewährung Gültigkeit verliehen wird.

Das Ich ist also nicht konfliktgeboren, sondern im Sinne von *Ammon* aus primär gegebenen Ich-Kernen sich im Medium einer Gruppe entwickelnde Identität einer funktionalen Erfahrungsstruktur. Diese Ich-Struktur, deren Grenze die Funktion hat, Innen und Außen, Wahrnehmung und Abgrenzung zu regulieren, ist eine internalisierte Gruppengrenze. Eine Störung der Funktion der Ich-Grenze ist das Resultat einer gestörten Familiengruppe.

Konsequenterweise hat *Ammon* psychische Krankheit als Ausdruck Ich-struktureller Störungen des Gruppen-Ichs untersucht und als ein im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie differenziertes Spektrum archaischer Ich-Krankheiten zusammengefaßt, denen ein mehr oder weniger ausgeprägtes narzißtisches Strukturdefizit gemeinsam ist. Ihre Ursache ist die Vorenthaltung notwendiger „narcissistic supplies“ zur Ich-strukturellen Differenzierung.

Die Unterbrechung des synthetischen Simultangeschehens von wechselseitiger Bedürfniswahrnehmung und Abgrenzung in der Familiengruppe findet in der rigiden Abgrenzungsdressur ebenso statt wie in der Überforderung. Zugrunde liegt ein wahrnehmungsunfähiges Gruppen-Ich, bzw. ein Mangel an „Umwelt-Mutter“ im engsten und weitesten Sinne.

Wenn aber diese „primäre Mütterlichkeit“ (*Winnicott*) fehlt, wie es im Falle des Hospitalismus oder schizophrenogener Familien der Fall ist, gibt es auch keine Identität des Kindes. Kind ist das, was von einer Mutter oder einer mütterlichen Beziehungsperson als solches angenommen werden kann. Primäre Mütterlichkeit kennzeichnet die Identität eines Menschen, der den kreativen Impuls seines Selbst im Entwurf der Identität eines sich entwickelnden Kindes erleben kann. *Winnicott* hat primäre Mütterlichkeit als einen Ausnahmezustand der Mutter vor und nach der Geburt beschrieben, der mit einer hochgradigen identifikatorischen Verbindung mit dem Kinde einhergeht. In diesem mitfühlenden Einssein mit dem Kinde entwirft die Mutter eine narzißtische Konfiguration einer primären Identität (*Lichtenstein*), die sie durch ihre Gegenwart in der Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse reflektiert.

Dieser Zustand primärer Mütterlichkeit ist eine außergewöhnliche Regressionsleistung im Dienste des Ichs und charakterisiert den Vorgang der Kreativität schlechthin (*Ammon, Kris*). Er ist auf die schützende Gegenwart einer Gruppe angewiesen.

Bei der zunehmenden Depersonalisierung der heutigen Rollenstrukturen verlieren die Familien ihre Gruppenidentität und damit ihre Kreativität. Sie müssen vielmehr als Ort der Ersatzbefriedigung kindlicher Bedürfnisse herhalten. Das Kind wird nur insoweit wahrgenommen, als es der narzißtischen Gratifikation elterlicher Defekte dient. Alle übrigen Ich-Anteile des Kindes bleiben wie Leerstellen

auf einer Landkarte unkonfiguriert und stellen die Widerspiegelung des mütterlichen Identitätsdefekts dar. *Ammon* bezeichnete sie als „Loch im Ich“. Ihr klinisches Äquivalent ist diffuse irrationale Angst. Funktionale Äußerung gelingt höchstens in objektloser und undifferenzierter Aggression. In ihrer Destruktivität manifestiert sich die Konfiguration einer Lebensäußerung, welche in hilfloser Wiederholung einer mißlungenen Mutter-Kind-Beziehung den symbiotischen Erfahrungsdefekt auszugleichen versucht.

Dieses reparative Verhalten ist zwanghaft. Das Kind muß entsprechend seiner primären von der Mutter reflektierten Erfahrungsstruktur als symptomatischer Defektausgleich dienen. Statt eines Ichs entwickelt das Kind ein Über-Ich, das die existentiellen Bedürfnisse der Mutter vertritt. Dieses Über-Ich bedeutet ein internalisiertes Identitätsverbot und wahrt somit das pathologische Treueverhältnis. Im Wiederholungszwang erfährt es eine narzißtische Bestätigung. Dabei werden isolierte, von der Mutter narzißtisch überbesetzte Ich-Funktionen, wie z. B. Intelligenz, in zwangsläufiger Anpassung hoch entwickelt, gehören jedoch der Mutter, während das Selbst des Patienten weitgehend unbesetzt bleibt. Dem archaischen Über-Ich-Diktat entsprechend ist der Patient gezwungen, ein narzißtischer Anteil der Mutter zu sein, wobei ihm die synthetische Funktion des Ichs als Identitätsprinzip vorbehalten bleibt.

Dieser Zwang ist Ausdruck pervertierter Aggression. Sie hört im Zwang auf, Ich-Funktion zu sein. Sie ist vielmehr gegen das eigene Selbstgefühl gerichtet. Ihre permanente Erfahrungsmöglichkeit insbesondere in der Sexualität wird als Vernichtungsangst wahrgenommen. Der Patient lebt infolgedessen die Aggression in permanenter Aufhebung seiner selbst, ohne sie jemals zu erleben.

Ein Beispiel möge das verdeutlichen: Herr L. hatte sich nach der Geburt seines ihm vorgezogenen Bruders eine Kakteenzucht angelegt, weil, wie er meinte, das die widerstandsfähigsten Pflanzen wären. Diese Pflanzen behandelte er, wie wenn es um sein eigenes Leben ginge; er riß sie aus, ließ sie wochenlang liegen, pflanzte sie wieder ein und probierte, ob sie es überleben würden. Er mußte sie immer wieder herausreißen und immer wieder neu einpflanzen, weil er fürchtete, er hätte sie nicht gut genug eingepflanzt, die Wurzeln könnten geknickt sein. Mit einem kleinen Löffel ließ er vorsichtig die Erde auf die winzigen Wurzeln rieseln, damit sie ganz einwandfrei gebettet waren. Dann hatte er das Gefühl, wie wenn ihn ein Stein im Schuh drückte und mußte den Kaktus wieder herausreißen. Die Kaktusumpflanzerei stellte einen „erhöhten Schwierigkeitsgrad“ seiner Empfindungsweisen dar. Zehnmal riß er die winzigen Pflanzen aus der Erde und pflanzte sie wieder ein, bis es nicht mehr ging. Schließlich ließ er sie liegen, bis sie im Winter erfroren. Sie waren

wie ein Bestandteil von ihm; wenn er einen Kaktus großgezogen hätte, wäre er geheilt, meinte er. Aber sie wurden nicht groß, weil er sie durch sein Herausreißen immer wieder daran hinderte.

Diese selbstzerstörerische Selbstbefreiung von existentieller Angst, wie sie der Patient stellvertretend mit seinen Kakteen agierte, erlaubt zugleich ein falsches Selbst durch magische Konstruktion einer Welt selbstarrangierter Ordnung aufzurichten und damit die narzißtische Befriedigung zu haben, der Omnipotenz der Eltern teilhaftig zu sein. So wie der psychosomatisch Kranke die Beziehung seiner Mutter zu seinem kranken Körper mit sich selbst wiederholen muß und seine körperliche Krankheit als Selbstschöpfung narzißtisch verwendet (*Ammon*), verwirklicht der Zwangskranke die von Grund auf falsche Beziehung der Mutter zu dem Kinde in der imaginären Schöpfung eines falschen Selbst, das durch zwanghafte Aggressionsaufhebung die narzißtische Kränkung in der Trennung von der symbiotischen Omnipotenz vermeidet. Denn der Zwangskranke ist zutiefst narzißtisch gekränkt, weil ihm eine echte Symbiose mit der Mutter vorenthalten wurde.

Anhand eines klinischen Beispiels möchte ich an dieser Stelle die Zwangssymptomatik als Ausdruck der oben dargelegten Defektdynamik aufzeigen. Ihm liegen die Protokolle einer anderthalbjährigen Gruppentherapie sowie eingehende psychoanalytische Interviews und testpsychologische Untersuchungen zugrunde, die für eine im Laufe der Therapie notwendig gewordene forensische Begutachtung erstellt wurden.

Herr L., der als Zwangsneurotiker in die Praxis überwiesen wurde, hatte seine Wohnung verlassen müssen, weil sie mit seinem stinkenden Abfall ausgefüllt war, den er nicht wegwerfen konnte. Er lebte mit einer Prostituierten zusammen, die er zwang, lesbische Kontakte mit Frauen aufzunehmen, welche dem Idealbild seiner Mutter entsprachen. Beim Anblick des sexuellen Kontaktes versetzte er sich an die Stelle seiner Freundin. Wenn sie sich weigerte, schrie er sie an, er würde sie umbringen.

Während der Gruppentherapie wurde ihm der Vorschlag gemacht, er sollte seinen Müll mitbringen und im Kamin verbrennen, um auf diese Weise sein Agieren in die Therapie einzubeziehen. Im Beisein einer schizophrenen Patientin, mit der er sich so intensiv verbunden fühlte, als ob er ihr gliche, gelang es ihm tatsächlich, einen Sack voll Müll Stück für Stück zu verbrennen. Er empfand das als Vernichtung seiner bösen Mutter unter Rückversicherung der Anwesenheit ihrer guten Stellvertreterin. Dies entsprach auch seinen aggressiven Phantasien gegenüber Frauen, z. B. der Vorstellung, sie mit brennenden Hölzern zu pfählen. Solche Torturen entsprachen den tagtäglichen inneren Qualen, die er selbst aushalten mußte. Panische Angst er-



faßte ihn bei dem Gedanken, ob er überhaupt noch existent wäre, wenn aller Müll verbrannt wäre. Das Verbrennen des Abfalls war jedoch mit großen Schuldgefühlen verbunden. Er fürchtete, er würde den Lebensraum für sich und die Gruppe verschmutzen. Er hatte Angst, wegen seiner zugelassenen Aggressionen gegenüber den Eltern verstoßen zu werden. Zur Sühne nahm er die pflanzlichen Abfallteile mit zu dem Wohnort seiner Eltern auf den Schuttabladeplatz, „um die Verseuchung wieder auszugleichen“ und „um die (Mutter-) Erde dort zu düngen“. Plastik und Müll, also nichtpflanzlicher Abfall, blieben in München.

Zu einem sehr kindlich und hilflos wirkenden Gruppenmitglied, Herrn S., mit zwanghaftem Exhibitionismus, entwickelte Herr L. eine sehr starke Beziehung. Die Bemühung der Gruppe und der Therapeuten um Herrn S. erweckte bei ihm heftige Eifersucht und zugleich das Gefühl, mit diesem Patienten besser therapeutisch arbeiten zu können als die ganze Gruppe und ihre Therapeuten. Er wiederholte hier die Problematik mit seinem Bruder, für den er eine bessere Mutter sein wollte als seine eigene Mutter es war. Als Herr S. aufgrund seiner Gruppenängste von der Co-Therapeutin der Gruppe in Einzeltherapie übernommen wurde, hatte er genau das bekommen, was sich Herr L. sehnlichst wünschte, nämlich die Mutter für sich zu haben. Zudem teilte Herr S. in seiner letzten Gruppensitzung mit, daß ihm erstmals in seinem Leben Kontakt zu einer Frau gelungen wäre.

In seiner identifikatorischen Bemühung um den Bruder, dem er ebenso zwanghaft ausgeliefert war, wie seinem Sammelzwang, kam die defektnarzißtische Motivation nach Herstellung einer reparativen Mutterbeziehung deutlich zum Ausdruck. Ihr zwangsläufiges Scheitern bestätigte sich für ihn, als Herr S. die Gruppe verlassen hatte. Er reagierte so, als ob er tödlich getroffen worden wäre. Er glaubte, in der Gruppe keinen Platz mehr zu haben. Er hatte in seiner Bemühung, den Patienten in der Gruppe zu halten, versagt. Dieses Gefühl des eigenen Versagens ging mit einem Gefühl tiefster Verlassenheit einher. Denn in seiner Identifikation mit dem aus der Gruppe gegangenen Patienten meinte er, die versagende Gruppe würde ihn genauso gehen lassen. Andererseits war er eifersüchtig: die Gruppe hätte diesem „Bruder“ geholfen, Beziehungen aufzunehmen. Dieses Gesundwerden bedeute aber, die Gruppe verlassen zu müssen. Verlassenwerden war für ihn mit Todesangst verbunden. Also durfte er auf keinen Fall zulassen, daß ihm geholfen wird.

Er erlebte den Fortschritt des Gruppenmitgliedes als eine Mobilisierung der starr kontrollierten Grenzen seiner Familiengruppe. Einen derartigen Schritt in der eigenen Familie zu wagen, war für ihn mit katastrophalen Folgen von Strafe oder Ausgestoßenwerden verbunden. Die Mutter hatte ihn oft bestraft, indem sie ihn in den Keller

spernte. Trotz der Angst, die er dabei erlebte, hatte er sich nach diesem Eingesperrtsein durch die Mutter gesehnt. Es bedeutete für ihn die einzige Form direkter Zuwendung und Berührung durch sie und zugleich die Konkretisierung seiner Identität als eines emotional verlassenen Kindes, dem lediglich durch die zwanghafte Einkerkung innerhalb starrer Familiengrenzen Schutz gegen die irrationalen Ängste geboten wurde.

In dem erwähnten Patienten fühlte sich Herr L. dermaßen bedroht, daß er selbst die Gruppe verlassen wollte, um einen sicheren Platz gegen seine Ängste aufzusuchen. Entsprechend hatte er bei bestimmten Krisensituationen aufgrund akuter Verlassenheitsängste schon mehrfach reagiert. So begab er sich z. B. nach dem Tode seines geliebten Großvaters freiwillig in die Landesnervenklinik.

Existentielle Bedrohung löste in ihm den Zwang aus zu fliehen, um wieder in den Keller gesperrt zu werden, wo er bei seiner verunsicherten Zwangsstruktur eine äußere Absicherung gegen den Einbruch des Chaos fände. Entsprechend dem Über-Ich des Zwangskranken, das narzißtischen Ursprungs ist und sich ganz in den Dienst defekt-narzißtischer Ich-Ziele stellt, mußte der Patient das Ich-Gefühl, das er durch den Fortschritt des Mitpatienten erlebte, in seiner Person aufheben. Der dunkle Keller oder die Nervenheilanstalt stellten gewissermaßen auch die Wiederherstellung der pränatalen Existenz im Mutterleib dar. Bezeichnenderweise gelang ihm im Wiederholungszwang seines Restitutionsversuches dieses primär narzißtischen Zustandes nur die defekt narzißtische Gratifikation seines Zwangshandelns.

Der Exhibitionist hatte Herrn L. in der Gruppe als Abwehrstruktur gedient. Er hatte ihn an Stelle seines narzißtischen Defizits gegen die mobilisierten Ängste in der Therapie gebraucht, so wie seine Eltern ihn benutzt hatten. Seines „Symptoms“ beraubt, war das Loch im Ich bloßgelegt. In psychotischem Agieren versuchte er nunmehr, durch einen Autodiebstahl sich ersatzweise dessen zu bemächtigen, was ihm der Therapeut mit dem Exhibitionisten weggenommen bzw. vorenthalten hatte. Dabei bekamen seine sich als wirkungslos erweisenden Zwangsmechanismen immer mehr rudimentären, automatischen Charakter.

Herr L. stahl im Anschluß an die besagte Gruppensitzung einen Wagen. Es war ihm, als ob er „zur Salzsäule erstarren müßte, wie die Frau Lots in der Bibel beim Anblick des brennenden Sodom und Gomorrha“, wenn er sich mit den Gefühlen während der Tat auseinandersetzen wollte. Der Diebstahl wäre verrückt. Er hätte keinerlei Motiv. Aber gerade das Irrationale an seinem Diebstahl wäre ihm unerträglich. Er mußte ihn also als etwas „Normales“ hinstellen. Deshalb stellte er den Ausbau des Autoradios als Motiv hin.

Er war mit seinem Wagen auf dem Weg nach Hause gewesen. Es war dieselbe Strecke, die er immer nahm, wenn er von der Gruppentherapie nach Hause fuhr. Vor sich bemerkte er in der Autoschlange einen BMW. Im Kofferraumschloß steckte ein Schlüssel an einem Schlüsselbund. Er empfand es wie eine Aufforderung, sich das Auto zu nehmen. Er fühlte sich magisch an diese Aufforderung gebunden. Eine rauschartige Erregung überkam ihn. Sich widersprechende Gedanken wurden in ständigem Wechsel in ihm mobilisiert. „Ich muß den Wagen haben, eine solche Gelegenheit kommt nicht wieder. Was mache ich überhaupt mit dem Auto, ich habe doch eins. Ich werde es zu meinem Abfall stellen, in eine Garage einsperren und nicht anrühren. Der Mann im Auto ist ein Reicher, der alles zur Verfügung bekommen hat. Ich habe ja auch ein Recht darauf. Ich habe den Anspruch, den Reichen zu schädigen, da ich immer benachteiligt worden bin. Mein Vater war der Große, der Gott, der alles zur Verfügung hatte und alles konnte. Er hat mich an meinem Lebensanspruch gehindert. Er hat mich verschüttet. Hände und Beine sind verschüttet. Nur der Kopf ist noch draußen“. Er war in sich gespalten. Er fühlte sich zwei harten Fronten ausgeliefert. Eine sagte zu ihm: „Du klaust nicht.“ Er erkannte sie als die sogenannte gute Seite und zugleich erkannte er in ihr die Sprache der Eltern, die ihm das immer gesagt hatten. Es war also die schlechte Seite. Denn seine Eltern hatten ihn ja mißhandelt. Die andere Front sagte: „Der Wagen gehört dir. Der Vater hat dich außer Gefecht gesetzt. Darum hat der Reiche automatisch mehr Möglichkeiten im Leben gehabt als du.“ Seiner inneren Stimme entsprechend, den Wagen nicht zu stehlen, wollte er dem Besitzer Gelegenheit geben, den Wagen wegzufahren, um auf diese Weise dem schuldhaften Zwang zu entgehen, ihn stehlen zu müssen. Er fuhr hinter dem BMW her, bis dieser parkte. Dann fuhr er langsam nach Hause. Er erzählte die Geschichte aufgeregt seiner Verlobten. Sie sagte bloß: „Na und, laß das doch, laß die Finger davon.“ Hätte sie ihm befohlen, den Wagen zu stehlen, hätte er es sicherlich nicht getan. Um sich lebendig zu fühlen, mußte er immer das Gegenteil von dem tun, was ihm die Eltern befahlen. Während ihn die Verlobte von seinem Vorhaben abbringen wollte, dachte er ununterbrochen: „Den muß ich haben.“

Dann fuhr Herr L. wieder zu der Parkstelle, wo der besagte BMW noch stand. Auch der Schlüssel steckte noch im Kofferraumschloß. Er sperrte den Kofferraum auf und schaute, was drin lag. Dann stieg er ein und fuhr den Wagen zu seinem eigenen, von dem Gedanken besessen, irgendetwas aus dem Wagen nehmen zu müssen. Er hatte Handschuhe an und dabei das Gefühl, etwas Entscheidendes in seinem Leben zu tun, eine Handlung überhaupt, ein Riesenverbrechen zu begehen, „einen ganz großen Coup zu landen“. Es war für ihn so,

„als würde ich ein Wild jagen, wie als Kind, wenn ich Hasen, Fasane oder Fische jagte“. Sonst hatte er nur „stückweise“ arbeiten können. Jede Handlung mußte er zerstückeln. Auf diese Weise konnte er sie vor sich selbst dissimulieren. Denn das Wagnis aggressiven Auslebens im Sinne der Selbstentfaltung bedrohte ihn wie einen mühsam unterdrückten Zwang zum Elternmord.

Um seine ungeheure Tat vor sich zu vertuschen, sie zu verkleinern, mußte er einzelne Gegenstände aus dem Wagen nehmen. Stückweise und mit peinlicher Pedanterie nahm er ganz langsam nacheinander zwei Landkarten, ein Autokissen, eine Sonnenbrille, eine Bonbontüte, Drops, einen Schirm, einen Spiegel, einen Kugelschreiber, einen Block usw. aus dem Wagen, betrachtete jedes Stück lange und umständlich und brachte es einzeln in seinen Wagen. Er mußte die Sachen nacheinander „erledigen“.

Der Schlüssel im Kofferraumschloß war für Herrn L. das Verbindungsglied zu sich selbst, der symbiotische Kontakt mit seiner Mutter, der ihm vom Vater verweigert wurde. In der am Vorabend stattgefundenen oben beschriebenen Gruppensitzung hatte er entsprechend seinem Wiederholungszwang diese Verweigerung seines existentiellen Rechtes wiedererlebt. Die Therapie hatte seinem Gefühl nach dem anderen Patienten zu einer „Mutter“-Beziehung verholfen. „Wie zur Strafe“ mußte der Patient deshalb die Gruppe verlassen. Herr L. als die bessere Mutter hatte in seiner Bemühung, den Patienten in der Gruppe zu halten, versagt. Er war in der Person dieses Patienten seiner existentiellen Lebensbedingungen beraubt und verlassen worden.

Die schwere Ich-Diffusion als Reaktion auf die Verlassenheitsangst lieferte Herrn L. nahezu vollständig primärprozeßhaften Denk- und Wahrnehmungsweisen im Sinne archaischer Projektions- und Identifikationsmechanismen aus. Sekundäre Ich-Funktionen, die er aufgrund seiner ihn klein und abhängig haltenden Familiensituation nur rudimentär entwickeln konnte, waren ihm nicht mehr zu wirksamer Realitätskontrolle verfügbar.

In der existentiellen Auseinandersetzung mit dem Vater, dem reichen Autobesitzer, ging es nur um die Frage: wer gewinnt, der Vater oder der Sohn, d. h. wer von beiden darf existieren.

Als er in dem großen BMW saß, hatte er das Gefühl, erstmals existent zu sein. Der Benzintank war fast leer, Wutgefühle überkamen ihn, als er merkte, daß ihm das Auto doch nichts half. Er blieb seinem inneren Kampfe zwanghaften Tuns und sofortigen Zunichtemachens ohnmächtig ausgeliefert. Derartige Wutgefühle hatte er immer empfunden, wenn er seiner Mutter etwas erklären wollte und dabei erlebte, daß sie ihn doch nicht verstand.

Er ließ den Wagen stehen und versteckte die gestohlenen Gegenstände zu Hause unter seinen Abfällen. Als er zu dem gestohlenen Wagen zurückkehrte, stellte er sofort fest, daß die Schaltung der Deckenbeleuchtung verstellt war, und wußte, er war entdeckt, eine Halluzination, die seiner Wunschvorstellung entsprach, von der Polizei gestellt und festgenommen zu werden. Dennoch setzte er sich ins Auto. Dabei fühlte er sich wie in Trance. Er fuhr im 30-km-Tempo. Als er sich, wie erwartet, von der Polizei verfolgt sah, hielt er sofort und unaufgefordert an und gab sofort ein Geständnis ab. Als die Polizei kam, hatte er keine Angst mehr.

Herr L., der sich ständig existentiell bedroht fühlte, empfand die therapeutische Gruppe als konkrete Bedrohung, vor der er flüchtete. Der Diebstahl, zu welchem er durch die am Kofferraum hängenden Autoschlüssel verführt wurde, stellte den Versuch dar, seinen Eltern zu zeigen, wer er wäre. Diesem Schritt war er nicht gewachsen. Er war gezwungen, seine eigene Tat zunichte zu machen, zu zerstückeln und zum Müll zu werfen. In dem Gefühl furchtbarer Bedrohung sehnte er sich nach Bestrafung. Sie erschien ihm in diesem Zustand als Erlösung. Er wünschte aufgrund seiner durch die Therapie mobilisierten irrationalen Trennungsängste die therapeutische Gruppe mit dem Gefängnis zu vertauschen, um seine pathologische Abhängigkeit von der Familie und stellvertretend von seinem Abfall behalten zu können.

Erst in der Gefängniszelle wurde ihm die Realität dessen, was er getan hatte, bewußt. Er fing an zu toben und zu schreien, bis man ihn nach Rücksprache mit seinem Therapeuten auf freien Fuß setzte. Er fuhr am folgenden Tag nach Hause und erzählte den Eltern, was vorgefallen war. Er war mit dem Gefühl nach Hause gefahren, dort verprügelt zu werden. Als die Eltern, wie er meinte, kaum reagierten, empfand er sich wie ein kleines verlorenes Kind.

Ich hoffe, Ihnen an diesem Beispiel eines von der Psychiatrie als Zwangsneurotiker zu mir überwiesenen Patienten gezeigt zu haben, wie ein Mensch an die von seinen Eltern und Familie ihm zugeordnete Reparationsfunktion als Identitätsprinzip zur Aufrechterhaltung einer pathologischen Familienhomöostase gefesselt ist.

*Freud* hat aufgrund seiner Beobachtungen des sogenannten Wiederholungszwangs ein den Menschen inhärentes Prinzip jenseits des Lustprinzips konzipiert. Er konstatierte angesichts des kindlichen Bestehens auf der korrekten Wiederholung eines einmal erlebten Ereignisses: „Es ist sinnfällig, daß die Wiederholung, das Wiederfinden der Identität, selbst eine Lustquelle bedeutet.“

Für den erwachsenen Neurotiker, der seine schmerzliche Symptomatik im Wiederholungszwang auch in der Therapie reproduziert, blieb ihm das Phänomen im Rahmen des Lust-Unlust-Prinzips unverständ-

lich. Dabei ist offensichtlich die Lust des Kindes am Wiederfinden der Identität eines erstmals erfahrenen Erlebnisses Ausdruck eines narzißtischen Bedürfnisses nach der primären Mutter-Kind-Symbiose und damit verbundener Identitätsverleihung; ein Bedürfnis, das beim erwachsenen Kranken anstelle einer reifen Lusterfahrung fortbesteht.

*Lichtenstein* hat die interessante These aufgestellt, der Wiederholungszwang sei „die Manifestation der Notwendigkeit, das Identitätsthema, das ein Kind im Spiegel seiner Mutter erfahren hatte, aufrechtzuerhalten.“ Er fährt fort: „Identität bedarf beim Menschen eines ‘Wiederholungshandelns’, um die ‘Gleichheit im Wechsel’ zu sichern, welche, wie ich meine, ein grundlegender Aspekt der menschlichen Identität darstellt.“

Ich habe oben *Ammons* These von der Identität als Ausdruck einer erfahrungsfähigen Gruppengrenze dargelegt, die durch die Mutter als Matrix der kindlichen Identitätsentwicklung auf der primär narzißtischen Kontaktebene der Symbiose vermittelt wird.

Identität beinhaltet immer ein evolutionäres Prinzip, d. h. sie ist kein Zustand, sondern Ausdruck lebendiger Entwicklung. Das so verstandene Identitätsprinzip erweist sich an einer Entwicklung und Reifung des Narzißmus, in welche die Libidoentwicklung eingeht.

*Ammon* hat verschiedene Formen des Narzißmus definiert. Zwischen dem primären Narzißmus als einem gesunden narzißtisch besetzten Körper-Ich in der Symbiose mit der Mutter und dem quartären Narzißmus als dem normalen reifen Narzißmus des erwachsenen Menschen möchte ich eine kontinuierliche Entwicklung postulieren, die der Identitätsentwicklung entsprechend das ganze Leben über sich vollzieht.

Mit dem tertiären Narzißmus hat *Ammon* den Zustand eines narzißtischen Defekts in der Ich-Struktur als Ausdruck eines mißlungenen primären Narzißmus bezeichnet. Diese defektnarzißtische Ich-Struktur ist die Ich-strukturelle Bezeichnung eines „Identitätsprinzips“, das Ausdruck der defektnarzißtischen Beziehung einer Pseudomutter zu ihrem Kind und sekundär die narzißtisch reparative Pseudomutter-Beziehung des Kindes zu seiner Mutter erzwingt. Der Begriff Identität kann hier nur in Analogie verwendet werden, da die hier bezeichnete defektnarzißtische Reparationsfunktion identitätslos bleibt.

Die Identitätslosigkeit der defektnarzißtischen Persönlichkeitsstruktur, die der Borderline-Kranke beispielhaft aufweist, beruht auf seiner Abgrenzungsunfähigkeit gegenüber der mutterunfähigen Mutter. Ein Existenzgefühl erscheint ihm nur in der zwanghaften Wiederherstellung der primär narzißtischen Mutter-Kind-Einheit möglich.

Der Zwang ist also ein narzißtischer Selbstheilungsversuch. Zwang ist Ausdruck der defektnarzißtischen Form der Ich-Funktion der Aggression und somit nicht in Richtung auf eigene Identität, sondern

auf die Erhaltung der destruktiven Symbiose gerichtet. In diesem Sinne ist der Borderline-Kranke immer auch ein Zwangskranker, als er aufgrund seines narzißtischen Defizits die narzißtische Defektbeziehung zur Mutter in zwanghafter Kontaktaufnahme und gleichzeitiger Abwehr wieder inszenieren muß. Diesem pathologischen Prinzip ist das zwanghafte Ausagieren im Leben eines Borderline-Patienten ebenso unterworfen, wie die isolierte Zwangshandlung eines verdrängungsfähigeren Neurotikers.

Freud war der Meinung, die Entwicklung des Ichs bestehe in einer Entfernung vom primären Narzißmus und erzeuge ein intensives Streben, diesen wiederzugewinnen. Meines Erachtens geht diese Ansicht von einer generellen narzißtischen Kränkung aus, die dem Wesen des Wiederholungszwanges zugrundeliegt, mit Hilfe dessen der Mensch die narzißtische Kränkung, in eigener Identität auf die infantile Omnipotenz verzichten zu müssen, rückgängig machen möchte. Diese Haltung vertritt auch *Lichtenstein*, wenn er den Wiederholungszwang als Ausdruck des menschlichen Identitätsprinzips schicksalhaft akzeptiert.

Innerhalb einer lebendigen Gruppe, welche das mütterliche Prinzip schützender Gegenwart jedem Mitglied erhält, gelingt die Verwirklichung einer narzißtischen Entwicklung. In dem Maße, als in einer Gruppe wechselseitige Bedürfnisse kontinuierlich wahrgenommen werden, wird konstruktive Aggression im Sinne der Lebensentfaltung frei verfügbar, anstatt in Form zwangsläufiger defektnarzißtischer Gratifikationsmuster gebunden zu bleiben. Konstruktive Aggression ist von symbiotisch reparativen Zwängen freier Ausdruck einer gesunden Persönlichkeit, die an eigener Identität narzißtische Befriedigung erlebt.

### *The Narcissistic Function of Compulsion*

Jan Pohl

Starting with a review of the traditional theories, the author develops a functional definition of compulsion as the (generalized in the repetition compulsion) defence operation against identity-development of an ego which is defective in its structure and in its synthetic function.

The psychogenesis of compulsion as an ego-defence, not against a drive-conflict, but rather as an ego-defence within the ego, is derived from pathogenic family-dynamics. As the exponent of these dynamics, the mother only perceives the child to the extent that it serves as compensation for her own narcissistic deficits, while the remaining

ego-shares are excluded from the development; their correlates are diffuse fear and undifferentiated destructive aggression.

Instead of an ego, an archaic super-ego in the form of an internalized identity-prohibition establishes itself, which obtains narcissistic gratification in the repetition compulsion solely out of the narcissistic-reparative function for motherly symbiosis partners.

The author describes this using the example of a compulsive patient.

After the birth of his brother, who was his parents' favourite, the patient started a cactus garden and treated the plants as if his own life were at stake: he planted them with the greatest care, uprooted them repeatedly and finally left them laying around until they froze during the winter. He identified himself with the plants and thought he would be cured if he could raise a plant to maturity; he never succeeded in this, however.

He lived with a prostitute and forced her to have sexual encounters with women who corresponded to his own ideal image of his mother, whereby he identified himself with his girl friend.

He had had to leave his apartment, since it was full of rotting garbage which he had not been able to throw away.

During group therapy, it was suggested that he should bring along his garbage and burn it in the fireplace. He did this under tremendous guilt feelings, as if he were destroying his evil mother, in the company of a schizophrenic patient he felt himself drawn to.

He experienced his younger brother in a helpless, fearful group member, an exhibitionist, and reacted with strong jealousy when the group concerned itself with him; at the same time, however, he maintained that he was this patient's best therapist, in the same way in which he had wanted to be a better mother to his brother, in order to provide himself with the motherly relationship he himself had been denied in the identification with his brother. When the co-supervisor placed the exhibitionist in single therapy because of his group fears, the patient reacted by feeling existentially threatened. He felt that he had failed in his therapeutic motherly function and had therefore been robbed of his substitutive construction of the desired symbiosis with the mother in the person of the exhibitionist, who had been essential to him as a vital defence structure.

In a state of identity-diffusion, in which his compulsive mechanisms increasingly took on a rudimentary and automatic character, he wanted to protect himself from his overpowering fear of being deserted by fleeing from the group as it to be locked in by his mother, the same as during his childhood. Acting psychotically, he stole a car, feeling that he could achieve the symbiotic contact to the mother symbolized by access to the car. While doing this, he felt that he existed for the



first time in his life. This feeling, however, was soon replaced by helpless anger and hopelessness. He turned himself in to the police and let himself bring to prison without fear. This case study demonstrates the following connections:

In the magical construction of a world which follows the patient's own psychic rules, and in the permanent imaginary creation and destruction of a false self, the compulsive patient repeats the destructive mother-child symbiosis with himself and attempts to obtain the narcissistic satisfaction which had been denied to him by participating in parental omnipotence. Compulsion is therefore a narcissistic attempt of self-healing.

The attempt at omnipotent self-construction and compulsive destruction, which perverts and takes up in itself the ego-function of aggression, reflects a narcissistic defect-relationship to the mother which characterizes the borderline patient's relationship-dynamics in the simultaneous taking-up and defence against contact.

The repetition compulsion, the principle of psychic illness in general, has as its prerequisite a narcissistic injury, which is meant to be made retrogressive by holding on to the infantile omnipotence and by abstaining from an own identity. Because of this, the author sets himself apart from theories which define the repetition compulsion as an identity principle. The author postulates the possibility of achieving narcissistic satisfaction in the development of an own identity within an active group.

## Literatur

- Ammon, G.* (1970): Gruppendynamik der Aggression. Beiträge zur psychoanalytischen Theorie (Berlin: Pinel-Publikationen)
- ,Hrsg. (1972): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)
  - (1973): Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
  - (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
- Benedetti, G.* (1972): Zwangerscheinungen bei neurotischen Entwicklungen – Dynamik und Struktur der Zwangsphänomene. In: Praxis Psychother. (5) 192-203
- Fenichel, O.* (1931): Hysterien und Zwangsneurosen (Wien: Int. Psychoanal. Verlag)
- Freud, S.* (1909): Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. Ges. W., Bd. VII (London: Imago)
- (1914): Zur Einführung des Narzißmus. Ges. W., Bd. X., a.a.O.
  - (1938): Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang. Ges. W., Bd. XVII., a.a.O.
- Janet, P.* (1903): Les Obsessions et la Psychasthénie, 2 Bde. (Paris: F. Alcan)

- Kernberg, O.* (1967): Borderline Personality Organization. In: J. Am. Psychoanal. Ass. (15) 641–685
- (1968): The Treatment of Patients with Borderline Personality Organization. In: Int. J. Psycho-Anal. (49) 600–619
- Knight, R. P.* (1953): Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient. In: Bull. Menn. Clinic (17) 139–150
- Kris, E.* (1952): Psychoanalytic Explorations in Art (New York: Int. Univ. Press)
- Lichtenstein, H.* (1961): Identity and Sexuality. A Study of Their Interrelationship in Man. In: J. Am. Psychoanal. Ass. (9)
- Pohl, J.* (1973): Zwangsneurose und Psychose im gruppentherapeutischen Prozeß. Vortrag gehalten auf dem V. Int. Symp. der DAP, 1.–7. Aug. 1973 in Stelzereut/Kumreut (unveröffentlicht)
- Reich, W.* (1933): Charakteranalyse (Wien: Selbstverlag)
- Winnicott, D. W.* (1958): Primary Maternal Preoccupation. In: Through Paediatrics to Psycho – Analysis (London: Tavistock)

Adresse des Autors:  
Dr. med. Jan Pohl  
Knoebelstr. 28  
8 München 22

## Nachrichten

### *VIII. Internationales Symposium der DAP*

Im Rahmen ihrer alljährlich stattfindenden wissenschaftlichen Kongresse veranstaltete die Deutsche Akademie für Psychoanalyse vom 1. – 4. 10. 1976 in der Universität Düsseldorf ihr VIII. Internationales Symposium, das diesmal unter dem Thema stand: „Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis“. Die DAP hat damit ihre im Jahre 1969 begonnene Tradition fortgesetzt, Wissenschaftlern und Praktikern auf internationaler Ebene ein Forum für Auseinandersetzungen im Feld der psychiatrischen, der medizinischen und der psychoanalytischen Fachdisziplinen zur Verfügung zu stellen. Das Ziel dieser Bemühungen um einen kontinuierlichen wissenschaftlichen Austausch in der psychoanalytischen Wissenschaftstheorie, den methodologischen Ansätzen in Forschung und Lehre und der Behandlungstechnik dient der Erforschung der Persönlichkeitsstruktur psychisch kranker Menschen wie einer Abklärung der für die jeweilige Erkrankung in Frage kommenden therapeutischen Möglichkeiten.

Wie die Arbeit der vergangenen Kongresse gezeigt hat, sind derartige noch allgemein umschriebene Zielvorstellungen jedoch nicht ohne eine empirische Spezifizierung der Fragestellungen und des leitenden therapeutischen Interesses zu verwirklichen, um den gerade in unserer Zeit psychisch oft schwer leidenden und von der Umwelt zurückgewiesenen Menschen eine wirksame Hilfe anzubieten; zu diesen Menschen gehören in besonderer Weise die Grenzfallpatienten, deren seelischer und zwischenmenschlicher Problematik zum ersten Mal in Europa ein wissenschaftlicher Kongreß gewidmet worden ist.

Die DAP hat sich bisher auf ihren Symposien einer Reihe grundlegender Themen zugewandt; im Zentrum standen dabei wissenschaftstheoretische Erweiterungen der psychoanalytischen Ich-Psychologie, welche bedeutende Folgen für die Praxis der Einzel- und Gruppenpsychotherapie, für die Aggressions- und Kreativitätsforschung, für die Psychopathologie, für die Erforschung der Ich-Funktionen, wie auch schließlich aufs Ganze gesehen für die Organisation der psychoanalytischen Ausbildung nach sich gezogen haben. Die hierdurch gewonnenen Erfahrungen sind in die Konzeption des diesjährigen Symposiums über das Borderline-Syndrom eingegangen.

Da es sich bei den Grenzfall-Phänomenen um außerordentlich komplizierte psychopathologische Sachverhalte handelt, scheint es zunächst verständlich, daß die Auffassungen in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit z. T. erheblich voneinander abweichen und daß ein einheitlicher, psychodiagnostischer und persönlichkeitsstruktureller Begriff des Borderline-Syndroms bislang unmöglich schien. Der theoretischen Bewältigung der mit den Grenzfallsyndromen noch unspezifisch zusammengefaßten Krankheits-

erscheinungen haben sich analoge Probleme in den Weg gestellt, wie wir sie in der psychiatrischen und der psychoanalytischen Praxis angesichts der diffusen und wechsellvollen Darstellungsweisen der Borderline-Patienten antreffen können.

Die vom Borderline-Kranken häufig qualvoll erlebte Verunsicherung der Persönlichkeitsidentität in seiner Lebenssituation hat sich spiegelbildlich in vielen Theorien und behandlungspraktischen Vorstellungen abgezeichnet, die der analytischen Aufarbeitung des Lebensschicksals dieser, keiner Klassifikation und keinem nosologischen Schema ganz entsprechenden Kranken bisher im Wege gestanden haben.

Im Blick auf die existentielle Situation vieler dieser Patienten, mit denen es Psychiater, Psychoanalytiker und Ärzte zunehmend zu tun haben, und den Stand ihrer Erforschung war die Thematik dieses Symposiums Ausdruck einer inneren Notwendigkeit, nämlich sowohl die Fülle von symptomathologischen und psychodynamischen Einzelaspekten in einer kritischen Übersicht zusammenzufassen, wie aber vor allem die Vielzahl von Gesichtspunkten und klinischen Einzelbeobachtungen oder auch von neurophysiologischen Gesetzmäßigkeiten auf den Gesamtbegriff einer strukturellen, in sich kohärenten Konzeption zu beziehen.

Dieser Aufgabe hat sich erstmals in der Wissenschaftsgeschichte *Günter Ammon* mit seinem Vortrag „Das Borderline-Syndrom – Ein neues Krankheitsbild“ gestellt. Während die große Anzahl der Beiträge mit ihren heterogenen Themenstellungen schon rein äußerlich ein Zeichen für die Erstreckung und die Bedeutsamkeit der mit dem Borderline-Syndrom verknüpften theoretischen und praktischen Probleme darstellte, lag *Ammons* Ausführungen die Absicht zugrunde, die Strukturganzheit des Borderline-Syndroms in seinen möglichen Differenzierungen selbst vorstellig zu machen. Erst eine solche Gesamtkonzeption, die in ihrer inneren Integrität dem Begriff des Borderline-Syndroms als einem neuen Krankheitsbild entspricht, kann nach *Ammon* in der Lage sein, sinnvolle Ableitungen und methodologische Standortbestimmungen von Symptomäußerungen, von Ich-Zuständen, von Ich-Funktionen und des psychosozialen Verhaltens des Kranken bereitzustellen. Die Homogenität des neuen Krankheitsbildes des Borderline-Syndroms als einer Ich-Erkrankung der Gesamtpersönlichkeit ist aus *Ammons* Theorie der Ich-Identität hervorgegangen. Wissenschaftstheoretisch genügt es daher nicht, ein Zerfallen des Borderline-Syndroms in viele Symptome bloß festzustellen oder in einer klassifikatorischen psychiatrischen Systematik zu ordnen; vielmehr ist es notwendig, die Ich-strukturelle und psychodynamische Kontinuität in allen Symptomäußerungen zu verfolgen. Nach *Ammon* liegen dem Borderline-Syndrom defizitäre Ich-Entwicklungen zugrunde, die das heranwachsende Individuum in seinen primären symbiotischen Gruppenbeziehungen erworben hat. Ein in früher Kindheit von archaischen Ich-Schäden betroffener Mensch ist ohne Ersatzbildungen und sekundäre Ich-Erkrankungen oft nicht lebensfähig, welche

## Referenten des VIII. Internationalen Symposiums



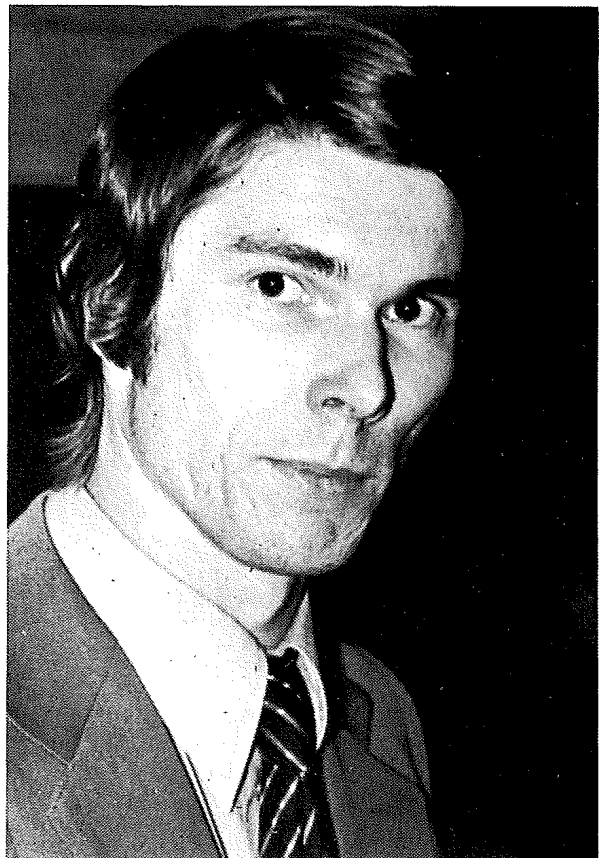
Eröffnung des VIII. Internationalen Symposiums der DAP. V. l. n. r.: Dr. med. Günter Ammon (Berlin), Prof. Claus B. Bahnson, M. D. (Philadelphia), Malcolm Pines, M. D. (London)



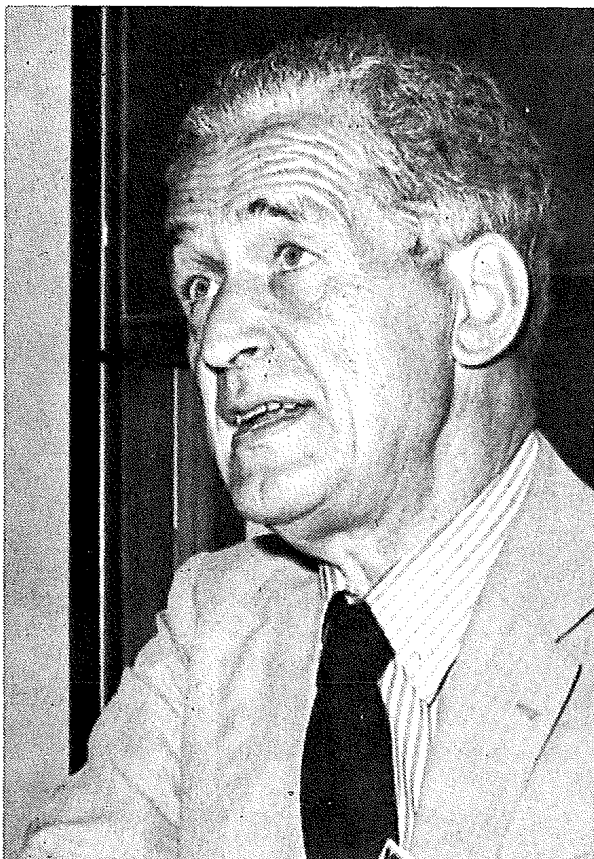
V. l. n. r.: Klaus Bungert (Oberbürgermeister der Stadt Düsseldorf), Dipl.-Psych. Ursula Keller (Düsseldorf), Dr. med. Jan Pohl (München)



Prof. Claus B. Bahnson, M. D.  
(Philadelphia)



Dipl.-Psych. Andreas v. Wallenberg-  
Pachaly (München)



Dr. med. Heinrich Huebschmann  
(Heidelberg)



Michael A. Simpson, D. D.  
(London)





V. l. n. r.: Prof. Dr. Junichi Suzuki (Tohoku/Japan), Dr. med. Jan Pohl (München)



V. l. n. r.: Anatol Matulis, M. D. (Green Bay/Wisconsin), Dr. med. Zdislaw Mienewski (Krakow)



Dipl.-Psych. Klaus Semmler (Berlin)



Karl-Georg Nickel (Berlin)



Dipl.-Psych. Wolfgang Rock (Düsseldorf)



Dr. John Ionescu, M. D. (Bangor)





Dr. med. Béla Buda (Budapest)



Ursula Avé-Lallemant (München)



Verleihung der Goldenen Medaille der DAP an Prof. Dr. med. Erwin Ringel (Wien) in Anerkennung seiner Verdienste um die Suizidprävention durch den Präsidenten der DAP, Dr. med. Günter Ammon (Berlin)



das ursprüngliche Identitätsdefizit verdecken. Aus dieser Dynamik resultieren häufig die beim Borderline-Patienten zutage tretenden Stimmungsschwankungen, die für den Kranken selber und seine Umwelt rasch und irrational wechselnden Ich-Zustände wie die durch übergroße Anpassung bestimmten Persönlichkeitsfassaden, hinter denen eine tiefe Unsicherheit gegenüber den eigenen, von den Patienten als unecht empfundenen Gefühlen steht. Aus *Ammons* Ansatz, das Borderline-Syndrom als ein neues synthetisches Krankheitsbild zu begreifen, in welchem die Ich-strukturellen Verwundungen der Persönlichkeitsidentität in der frühen Kindheit die gesamte Ich-Entwicklung in Mitleidenschaft ziehen und sich dadurch zu dauerhaften, nur schwer auflösbaren Identitätskonflikten verfestigen, wird die phänomenologische Vielfalt der Borderline-Pathologie verständlich.

Aus der Grundstruktur von *Ammons* Borderline-Konzeption ergeben sich eine Reihe von Perspektiven. Die drei Dimensionen Wissenschaftstheorie, Forschungsmethodologie und Behandlungstechnik sind nicht voneinander ablösbar. Jedes dieser Gebiete enthält zugleich eine Dialektik von Theorie und Praxis. So sind die wissenschaftstheoretischen Voraussetzungen für den Begriffshorizont der Ich-Identität und der Theorie ihrer Erkrankungen in einer mehrdimensional angelegten Praxis der Forschung vermittelt, deren methodische Bestimmungen *Ammon* am Leitfaden der Funktionen des Ichs entwickelt. In der Zuordnung der einzelnen Ich-Funktionen können auch die klinischen Beobachtungen von Krankheitssymptomen lokalisiert werden. Das psychopathologische Material läßt sich nach Kriterien aufschlüsseln, nach denen die entwicklungsgeschichtlich bedingten Schäden der funktionalen Möglichkeiten des Ichs eingeschätzt werden müssen; das Borderline-Syndrom als eine Erkrankung des Ichs wird empirisch durch Analysen der individuellen Ich-Funktionen der Patienten zugänglich. *Ammon* gelangt von hieraus zu testpsychologisch und psychodiagnostisch validierten Persönlichkeitsprofilen, die die Ich- und Krankheitsstruktur des jeweiligen Patienten widerspiegelt.

Diese spezielle Seite empirischer Methoden, die Merkmale der Borderline-Persönlichkeit und ihre Dynamik in ein psychodiagnostisches Gesamtbild zu bringen, haben *F. Battenberg* (München), *J. Müller-Heinemann* (München) und *A. Wiehl* (Berlin) zum Gegenstand ihrer Arbeitsgruppe „Das Borderline-Syndrom im testpsychologischen Verfahren“ gemacht. In den gleichen Zusammenhang war auch die Arbeitsgruppe von *Ch. Bott* (München) und *P. Haerlin* (München) über „Probleme der diagnostischen Abgrenzung“ einzuordnen. In diesen Arbeitsgruppen sind auch Ergebnisse aus laufenden Forschungsprojekten im Rahmen der Institute der DAP vorgestellt worden, die die Anwendung des *Ammonschen* Borderline-Persönlichkeits-Tests bisher aus der Analyse eines ausgewählten Patientengutes aus den Einzel- und Gruppentherapien erbracht hat. Für Effizienzstudien zum Persönlichkeitsbild und der Familiendynamik von jugendlichen Borderline-Patienten lassen sich nach *U. Avé-Lallemant* (München) in diesem

Zusammenhang auch graphische Projektionstests einbringen, wie der Baum-Test, der Wartegg-Zeichen-Test, der Sterne-Wellen-Test und Analysen der Handschrift. Diese Testverfahren beruhen auf der Erfahrung, daß in den Zeichnungen von Borderline-Patienten unbewußtes Material erscheint, aus welchem Schlüsse auf den Grad der Stärke des Ichs und den seiner Störungen gezogen werden können.

Die Bemühungen in der Grundlagentheorie und der testpsychologischen Praxis müssen jedoch stets auf den ganzen, an seinem Ich schwer erkrankten Menschen und auf seine nicht selten chaotische Lebens- und Gruppensituation bezogen sein, aus der er allein nicht mehr herausfindet. Die weitere Frage eines behandlungstechnisch effektiven Arbeitens mit solchen Patienten entscheidet sich letzten Endes an der Präsenz und Empathie des Therapeuten, der im Rahmen seiner eigenen menschlichen und wissenschaftlichen Möglichkeiten eine echte Wiedergutmachung für den in seinen Selbstwertgefühlen verletzten Patienten bereitstellen kann. Erst das Bewußtsein, daß alle Therapie für den Patienten da ist, vermag in der Beziehung zwischen Arzt und Patient den therapeutischen Neutralismus überwinden helfen, welcher in der Geschichte der Psychoanalyse die Atmosphäre der psychoanalytischen Situation teilweise bis heute bestimmt hat. *Ammon* will mit seinem Beitrag daher zugleich aus der Enge eines dualistischen Denkens heraustreten, das sich in der Therapie häufig in der bloßen Interpretation von Übertragung und Widerstand oder in der Ermunterung zum Vollzug der freien Assoziation erschöpft, – wobei für ihn die Analyse der Übertragungs- und Widerstandsdynamik auch in die Therapie des Borderline-Syndroms gehört.

Auf letzteren Gesichtspunkt hat sich *Ph. S. Holzman* (Chicago) in seinem Referat „*Transference Problems with Borderline-Patients*“ konzentriert und das in der Übertragung stattfindende regressive Verhalten von psychosenahen Patienten untersucht. Von *M. Klein*, *R. Knight* und *O. Kernberg* herkommend hat *St. A. Appelbaum* (Topeka) in seinem ausgewogenen Literaturbericht „*To Define and Decipher the Borderline-Personality*“ auf dem Hintergrund von *Freuds* großen Entdeckungen einen historischen Überblick über die der Libido- und der Objekttheorie verpflichteten Begriffsbestimmungen des Borderline-Syndroms gegeben und von hier aus entsprechende Therapiemethoden nach dem Triebmodell empfohlen. Die der Triebtheorie entspringenden Behandlungsformen sind jedoch von einer Distanz geprägt, hinter denen der Therapeut oftmals als Mensch verschwindet; derartige Techniken können gerade bei Borderline-Patienten schließlich nur zu einer Entfremdung und zu einer Blockierung des therapeutischen Bündnisses führen.

Die erweiterten Erkenntnisse der Struktur und der Psychodynamik des Borderline-Syndroms zeigen nicht nur die theoretischen und technischen Grenzen der traditionellen Neurosenlehre, sondern weisen in ihnen eben jenen Beziehungsverlust nach, welcher den Borderline-Patienten lebensge-

schichtlich in die Krankheit getrieben hat und ihn damit gleichsam von den Möglichkeiten eines gesunden Selbstes abspaltet.

*Y. Maurer-Groeli* (Zürich) ies anhand klinisch experimenteller Untersuchungen zur Psychose und zum Borderline-Syndrom darauf hin, daß *Hartmanns* und *Kohuts* an dem *Freudschen* Konzept orientierte Annahme eines Libido-Rückzuges von äußeren Objekten und der entsprechenden Restitutionsversuche in den Wahnvorstellungen zu kurz greift. *Maurer-Groeli* hält die klassische Besetzungstheorie nicht mehr für erweiterungsfähig; an ihre Stelle setzt sie für ein besseres Verständnis der archaischen Ich-Krankheiten in Anlehnung an *Ammon* Ich- und gruppenpsychologische Aspekte und legt diese ihren klinischen Studien zugrunde.

Allgemein läßt sich sagen, daß *Ammon* wie viele seiner Schüler und Freunde sich während der Vorträge und den Diskussionen des Symposiums in der Überzeugung trafen, bei der Psychotherapie des Borderline-Syndroms das Hauptziel im Auge zu behalten, den Kranken an sein Ich und dessen konstruktiv verbliebene Potentiale in einem integrativen Sinne heranzuführen. Die pathologische Ausgangssituation des Borderline-Patienten läßt es überdies, wie generell die Forschungsbeiträge von Analytikern aus der Berliner Schule der DAP zeigten, als kaum haltbar erscheinen, daß bei diesen Patienten mit einem Ich im überkommenen Sinne der psychoanalytischen Tradition gerechnet werden kann. Es ist die durchgehende Erfahrung hinter allen diesen Überlegungen geltenden Vorträgen, daß man es beim Borderline-Patienten mit einer nur rudimentär entwickelten Persönlichkeit zu tun hat. Zusammenfassend kann man sagen, daß behandlungstechnische Methoden, die von der Ich-Krankheit des Patienten als einem bloßen Triebkonflikt ausgehen, das antagonistische Persönlichkeitsbild des Patienten nicht verändern können, ebensowenig wie dies durch eine bloße Symptomorientierung in der Praxis der Schulpsychiatrie mit ihrem die Aspekte der Ich-Identität nicht mehr in Betracht ziehenden Psychopathiebegriff geschehen kann. Die Aufteilung des psychisch kranken Menschen in nosologische Gleichförmigkeiten seiner Krankheit wird notwendigerweise an seinen Identitätsproblemen vorbeigehen, da die Erkrankung nichts mehr mit den Erfahrungen und der Struktur des individuellen Lebens zu tun hat.

Es ist daher kein Zufall, daß ein Psychiater wie *E. Ringel* (Wien) in seinem Beitrag „Grenzfallpersönlichkeit und Suizid“ die Schwächen des anstaltspsychiatrischen Verständnisses der sogenannten Psychopathie gerade in der Suizidforschung und in der Praxis der Suizidprävention aufweisen kann. Die Abspaltung der Persönlichkeit von ihren als Ich- und erlebnisfremd ausgeklammerten Symptomen, die den Borderline-Kranken lediglich zu einem sozial auffälligen und unzurechnungsfähigen Psychopathenabstempeln, wird in seiner suizidalen Verfassung in einer extremen Form ausagiert; insofern spiegelt die bisherige Psychiatrie mit ihren Zusammenstellungen von hirnorganischen Faktoren, sozialem Auffälligkeitsver-

halten und Symptommerkmalen die Struktur jener entfremdeten Grenzsituation, die Borderline-Kranke in ihrem eigenen Leiden immer schon vorfinden. Die unbewußt destruktive Psychodynamik gewinnt dadurch zunehmend an verhängnisvollen Bestätigungen in der Realität, d. h. auch in der Realität der psychiatrischen Dienste.

Die hier deutlich werdende antitherapeutische Situation wird durch einseitig gehandhabte Hypothesenbildung wie des „Minimal brain dysfunction-Syndroms“ außerordentlich verschärft; die Fixierung wissenschaftlicher Fragestellungen auf die hirnorganische Ätiologie psychischer Erkrankungen, deren diagnostische Validität durch die Voraussetzung eines minimal brain damage legitimiert wird, muß in der Sackgasse eines therapeutischen Nihilismus enden, wie es *E. Jansen* (Berlin), *W. Schibalski* (München), *B. Vigener* (München) und *A. v. Wallenberg-Pachaly* (München) in ihrer Arbeitsgruppe aufgrund eigener psychiatrischer Forschungen gerade auch im Hinblick auf die desolate Lage der psychisch Kranken in unserer Gesellschaft betont haben. Die Verabsolutierung neurologisch-psychiatrischer Kriterien und ihrer kausalen Dedukationen bedeutet in der Regel die Ausklammerung der geschichtlichen Erfahrungsbezüge in der krankgewordenen Ich-Struktur der Patienten. Daher kann von diesem Denken her keine Möglichkeit eingeräumt werden, die Lage des Patienten durch neu einsetzende lebensgeschichtliche Prozesse zu ändern, wie sie eine Ich- und gruppenstrukturelle Psychotherapie anbietet.

In diesen Zusammenhang gehören sachlich auch *B. Budas* (Ungarn) Überlegungen zum Thema „Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis der Anstaltspsychiatrie.“ *Buda* setzt sich mit den Ursachen von Behandlungsfehlern auseinander, zu denen die Anstaltspsychiatrie aus den inneren Gründen ihres Wissenschaftsverständnisses grundsätzlich tendieren muß, das die psychischen Erkrankungen hauptsächlich biologistisch erfaßt und daher einen persönlichkeitsfeindlichen Charakter trägt; er bezieht sich auf *Ammon*, wenn er die nicht immer eindeutigen Borderline-Phänomene auf die Soziogenese, die Familiendynamik wie auf die körperlichen Bedingungen der Ich-Funktionen zurückführt.

Diese Problemhorizonte werden, wie der polnische Psychiater *Z. Mieniewski* (Krakau) in seinem Referat über „Anwendung differenzierter Techniken innerhalb einer Therapieform auf einer psychiatrischen Station“ aufwies, ganz allgemein im Bereich der psychiatrischen Klinik virulent, – besonders, wenn es sich um suchtabhängige Patienten handelt, deren selbstdestruktives Verhalten in erheblichem Maße auf umweltspezifische Faktoren zurückgeht.

Trotz der methodologischen Verschiedenheiten, die zwischen den Referenten aus den einzelnen psychiatrischen und psychoanalytischen Fachrichtungen unverkennbar waren, befanden sich die meisten der auf dem Symposium vorgetragenen Konzepte übereinstimmend in einer doppelten Form der Auseinandersetzung: einmal erschienen Revisionen an psychia-

trischen Grundpositionen als unabdingbar – dies ist ein Denkprozeß, der gültige Formulierungen in Deutschland erstmals in *Ammons* Grundlagentwurf zu einer Dynamischen Psychiatrie gefunden hat, – eine Konzeption, mit deren Anwendungsmöglichkeiten in Gestalt einer umfassenden gruppodynamischen Aufarbeitung des therapeutischen Milieus im psychiatrischen Großkrankenhaus sich die Arbeitsgruppe von *W. Bühling* und *K. Husemann* (Düsseldorf) beschäftigte. Angesichts der schweren Verantwortung den Patienten gegenüber ist es unverstänlich, daß die Psychotherapeuten in der psychiatrischen Klinik oft keinen menschlichen oder fachlichen Kontakt zu den übrigen Ärzten und dem hilfstherapeutischen Personal haben; sie befinden sich daher nicht selten in einer ähnlichen Weise alleingelassen wie die Patienten, denen sie helfen sollen. Der andere Punkt bestand in den augenfälligen Unzulänglichkeiten der Neurosen-therapie, deren Mißerfolge und therapeutische Fehlgriffe dazu auffordern, für die Behandlung von Borderline-Kranken Neuland zu betreten. *Ammon* selbst hat, was den wissenschaftlichen Geist des Symposiums weitgehend bestimmte, das Borderline-Syndrom vor allem insofern als ein neues Krankheitsbild darstellen können, als es die psychotischen und neurotischen Manifestationen auf dem gleitenden Spektrum der Erkrankungen in der gesamten Ich-Entwicklung zu begreifen vermag. Der Gedanke, daß die Psychosen und die Neurosen, aber auch die narzißtischen Persönlichkeitsstörungen und die psychosomatischen Reaktionen Ausdrucksformen einer defizitären Ich-Entwicklung des Kranken sind, hat, wie der Kongreß zeigte, die Berliner Schule der DAP insgesamt von der klassischen und auch Ich-psychologisch fortgeführten Libido-Theorie abrücken lassen.

Da es sich bei der Ich-Entwicklung um lebenslange Vorgänge handelt, sind die Borderline-Erkrankungen lebensgeschichtlich von den verschiedenen Stadien der Psychogenese her bestimmt, in denen die Prozesse der körperlichen Reifung mit interpersonellen Erfahrungen in der Gruppe und in der dazu parallel verlaufenden Ausbildung der Ich-Funktionen zusammenkommen. Das Borderline-Syndrom kann daher in sehr verschiedenen Dimensionen des Ichs seine Ausprägung finden. So hat *J. Pohl* (München) in seinem Referat „Die narzißtische Funktion des Zwanges“ herausgestellt, daß eine verinnerlichte, in früher Kindheit mißglückte Symbiose, in der die Mutter vom Kind stets als vernichtend erlebt wurde, zu einem destruktiv wirkenden und übermächtigen Über-Ich erstarrt; dieses archaische Über-Ich hält sich als Zwangsstruktur im Persönlichkeitsbild des Patienten durch und treibt das rudimentär gebliebene Ich unter dem Wiederholungszwang in einen Zustand tendenzieller Selbstauslöschung. Das Ich muß in selbstmörderischer Paradoxie jedoch an diesem zwangspathologischen Zustand festhalten, weil nur das lebensbedrohende Über-Ich dem Kranken ein pervertiertes Existenzgefühl vermittelt.

Findet der Perverse im perversen Ritual mit seinem Partnerfetisch, der Suchtkranke mit der Droge, der Psychosomatiker mit Anteilen seines

kranken Körper-Ichs einen pseudoreparativen Kontakt mit sich selbst und anderen, so bleibt der Ich-Kranke im Borderline-Zwang mit pathologisch fixierten Über-Ich Strukturen seines Selbstes symbiotisch verklammert. *Keller* (Düsseldorf) hat in ihrem Referat „Perverse Reaktionen und Störungen der Objektbeziehungen beim Borderline-Syndrom“ für die Psychodynamik der Perversion diese These spezifizieren können; der Perverse ist gleichsam in der Symbiose mit eigenen, von der Mutter ehemals idealisierten Körper-Ich-Anteilen steckengeblieben, die er fetischistisch reaktivieren muß, um sich mit ihrer Hilfe notdürftige Brücken zum Leben zu bauen; alle anderen Ich-Bereiche sind fragmentarisch geblieben oder gar nicht entwickelt.

Die Widersprüchlichkeit und die strukturellen Spannungen zwischen archaischer Ich-Ruptur und ihren Ersatz-Bildungen sind, wie aus *G. Röhlings*(Berlin) Beitrag „*Ich-strukturelle Ansätze in der Psychodynamik des Suchtgeschehens*“ hervorging, besonders konfliktuös in allen Erscheinungsformen der Borderline-Sucht verdichtet. Die verinnerlichte Objektwelt der frühkindlichen Familiengruppe wird von den Suchtpatienten immer wieder zwanghaft reproduziert; dies bedeutet aber ein ständiges Auseinanderfallen ihrer Identität aufgrund der inneren Destruktivität dieser Objekte. Diese Dynamik wird von dem Kranken einerseits suchthaft hergestellt, auf der anderen Seite im pseudointegrativen Drogenkonsum suchthaft abgewehrt. Die Borderline-Sucht gehört nach *Röhling*, wie die anaklitische Depression und die schizophrenen Reaktionen zu den schwersten Ich-Erkrankungen im Borderline-Spektrum.

Ein wesentlicher Gesichtspunkt in der von *Ammon* vorgetragenen Konzeption der Borderline-Erkrankungen war die Dynamik von Symptom-Verschiebungsprozessen. Der Borderline-Kranke schwankt im allgemeinen nicht nur zwischen verschiedensten Identifikationen und Entwicklungsmöglichkeiten, sondern kann sich gleichsam auch nicht für eine Krankheitsform entscheiden; die Krankheit selber hat bei ihm keine Identität. Es ist daher nicht erstaunlich, daß die Phänomene der Sucht, des Zwanges, der Perversion oder der neurotischen Konflikte häufig miteinander verbunden sind und sich jeder Gesetzmäßigkeit spottend, abwechseln können. Aus vielen Überlegungen der Referenten war deutlich die Irritation zu spüren, die von den Grenzfall-Patienten ausgeht.

Einen geradezu gigantischen Symptomkomplex nehmen in der heutigen Zeit die psychosomatischen Erkrankungen ein. Beim Vergleich der hier in Frage kommenden Beiträge fiel auf, daß jede Borderline-Analyse offenbar zu irgendeinem Zeitpunkt mit psychosomatischen Reaktionen konfrontiert ist. Analog zur Psychodynamik der Sucht, des Zwangs und der Perversion, entspricht den psychosomatischen Syndromen die tiefsitzende Ambivalenz von Ich-Verlust und den Identitätssurrogaten, die sich der Psychosomatiker



im Kontakt zu seinen körperlichen Krankheiten verschafft und sich über sie in den gesellschaftlichen Versorgungsapparaten der Kliniken und ärztlichen Praxen existent macht.

Dem psychosomatisch Kranken geht es letztlich um die mitmenschliche Anerkennung, zu denen die Symptome herausfordern wollen; daher kann es, wie *H. Huebschmann* (Heidelberg) in seinem Referat über den „*Infarkt-kranken* als Borderline-Patient“ dargestellt hat, zu eindrucksvollen Mißverhältnissen zwischen den subjektiven Beschwerden und dem objektiv feststellbaren Körperbefund kommen, wenn die Herzerkrankung als Kommunikationsmittel ernst genommen wird, – ein Bedürfnis, das oft schon allein durch den Krankenhausaufenthalt für den Patienten erfüllt wird. Dieser Zusammenhang gilt jedoch nicht allein für coronare Erkrankungen, sondern für viele psychosomatische und die psychopathologischen Reaktionen im allgemeinen.

Demgegenüber geht *L. Pinkus* (Rom) in seinem Vortrag „Die epileptische Erfahrung: Ein Borderline-Syndrom umgekehrt vor: Er begründet die Entstehung einer Borderline-Struktur durch die Ablehnung des Anfalls-kranken, auf die er in seiner primären Gruppe aufgrund seines manifesten somatischen Krankheitsbildes stößt. Die während des gesamten Lebens des Patienten verfestigte epileptische Situation bedeutet eine zusätzliche gesellschaftliche Einschränkung, die ihn auf die Identität des Epileptikers festlegt und ihn damit für die Entwicklung eines Borderline-Syndroms disponiert.

*C. B. Bahnson* (Philadelphia) analysierte die interpersonelle Struktur psychosomatisch reagierender Patienten im Rahmen ihrer Familiendynamik. Der Psychosomatiker kommt aus einer „zentrifugalen Familie“, welche durch soziale Mobilität und einen Mangel an psychischer und zwischenmenschlicher Stabilität auseinanderstrebt. Das psychosomatische Symptom dient dazu, die Familie in Form einer pathologischen Einheit zusammenzuhalten, da ihr Zerfallen mit Vernichtungsängsten erlebt wird. Die Symptomatik ist nach *Bahnson* Reaktion auf eine Borderline-Familienstruktur, die in Kontaktlosigkeit und in Gefühlsarmut fixiert bleibt.

*H. Volbehr* (Berlin), der sich dieser „Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und Borderline-Syndrom“ zuwandte, konnte nachweisen, daß die häufig als funktionelle Störungen imponierenden Symptome eine pseudoreparative Funktion für die tieferliegenden Ich-Defizite einnehmen und damit gleichzeitig einen Abwehr- und einen kompensatorischen Charakter haben. Die an dieser Stelle sichtbar werdende Ich-strukturelle Problematik pathologischer Beziehungen zwischen dem archaischen Ich-Defizit und seinen neuroseanalogen Abwehräquivalenten stellte *H. Knudsen* (Berlin) mit dem Thema „Die Struktur der Abwehr beim Borderline-Syndrom“ in den Mittelpunkt seiner Erörterungen; dabei kam es ihm auf der Grundlage von *Ammons* Theorie des narzißtischen Defizits darauf an, zu zeigen, daß die Abwehrmechanismen der Borderline-Persön-

lichkeit ihren Defiziten nicht einfach nur aufgesetzt sind, sondern funktionelle Folgen dieser Defizite selbst sind und aus ihnen als ihr Ausdruck hervorgehen. Daher bleiben auch die Ersatzbildungen, die häufig als Neurosen erscheinen, defizitär und vermögen nicht wirklich gegen die Gefahr des psychotischen Ich-Verlustes zu schützen. Das narzißtische Ich-Gefüge trägt die Bedingung der Abwehr und der Autodestruktion in sich selbst; die Ambivalenz des sich selber widerstrebenden Ichs muß sich auch den Über-Ich-Strukturen und Realitätsbeziehungen des Kranken aufprägen, weshalb sich Borderline-Patienten nicht nur als entfremdet von sich selbst, sondern häufig auch als soziale Außenseiter erleben, – ein Sachverhalt, den *W. Rock* (Düsseldorf) am Beispiel von verwehrlosten Borderline-Jugendlichen in einer Heimsituation empirisch bekräftigen konnte.

Dies kann jedoch gleichwohl bedeuten, wie *K. Ammon* (München) in ihrem Referat „*Die Anpassung als Abwehrformation der Borderline-Symptomatik*“ dargelegt hat, daß die Abspaltung des Borderline-Kranken von sich selbst und den anderen zu einer pathologischen Anpassungsbereitschaft nach innen und außen führen kann; die verinnerlichten, dennoch gleichzeitig abgewehrten Objekte mobilisieren so starke unbewußte Ängste, daß es zu einem symbiotischen Verschmelzen mit der inneren ambivalent zerrissenen Welt kommt, welche die archaische Familiensituation repräsentiert, oder aber zu Überanpassungen der äußeren Realität gegenüber führen kann. In beiden Fällen verschwindet der Patient gleichsam in seiner Ich-Losigkeit und kann sich nur durch ein Aufgehen im anderen retten, sei es in den fremdbestimmten, intrapsychischen Objekten oder in zufälligen Außenweltbeziehungen. Die Abwehrstruktur ist auch hier doppelbödig; sie hält im Widerspruch eine Identität aufrecht, die als Ich nicht existieren darf. Die Anpassung an objektivistische, Ich-lose äußere oder innere Strukturen kann demnach keinen Gewinn für den Kranken bedeuten, sondern läuft, worauf *M. S. El-Safti* (Düsseldorf) in seiner Arbeit „*Abwehrformen der Depression beim Borderline-Syndrom*“ hinwies, auf einen permanenten Objektverlust in den depressiven Ich-Zuständen hinaus.

Wie *J. Ionescu* (Bangkok) am Leitfaden mehrerer diagnostischer Untersuchungen darstellte, sind depressive Zustände häufig von pseudoneurotischen, pseudoschizophrenen oder von Verhaltensstörungen maskiert. In jedem Fall entspricht die Depression jenen Ich-Zuständen, welche als Selbst- und als Weltverlust den Charakter von Derealisations- und Depersonalisationserscheinungen annehmen, wie es *P. Haerlin* (München) in seinem Vortrag „*Außenweltentfremdung als Ausdruck einer archaischen Ich-Krankheit*“ beschrieben hat. Es ist nur zu verständlich, daß der Borderline-Patient in ein idealistisches Splitting von guten und bösen Beziehungsobjekten flüchtet, um sich vor einem totalen Kontaktverlust zu schützen und wenigstens eine, wenn auch nur scheinhaft funktionierende Kommunikationsweise zu sichern. In kritischer Auseinandersetzung mit

Kleinianischen Gedankengängen hat *F. Winkelmann* (München) unter dem Thema „**Splitting** und multiple Symptombildung als Ausdruck einer Borderline-Persönlichkeit“ in den Vorgängen der Ich-Spaltung die tiefgreifenden Verlassenheitssituationen sehen können, denen Kinder in ihren psychogenetischen Ursprüngen ausgesetzt waren. Den Vereinsamungsgefühlen können, wie *G. Bass* (München) herausstellte, jedoch durchaus extreme Kontrolliertheitsängste entsprechen. Die Splitting-Mechanismen sind dabei als paranoische Abwehr gegen die verfolgende und verschlingende Mutter zu verstehen, die beim Borderline-Patienten als psychische Struktur dem Ich inhärent geworden ist.

Das Verlassenheitstrauma führt vor allem auch zu Störungen des Sprach-Ichs, das ein wesentliches Agens der regulativen Funktionen der Persönlichkeit ausmacht. Die Sprache des Borderline-Patienten, die in ihrer Defizitität ein symbolkräftiges Ausdrucksgeschehen seiner Lebenssituation vermittelt, kann für den Therapeuten in sinnvolle Botschaften übersetzt werden. An dieser Stelle geht die analytische Arbeit mit Borderline-Patienten in spezifische Formen einer angewandten Hermeneutik über, die es ermöglicht, für jeden Patienten einen Sprach- und damit Denkraum für seine Probleme zu finden. Diese Thematik stand für Autoren wie *F. Diergarten* (Düsseldorf), *M. Kuhl* (München), *A. v. Wallenberg-Pachaly* (München) und *D. Biebel* (München) im Mittelpunkt der Bemühungen, denen linguistische, gruppensdynamische, Ich-strukturelle und eine Reihe therapeutischer Reflexionen dienen sollten.

Unter Ich-regulativen Aspekten bildet das Sprechen-Können einen der wichtigsten Übergangsbereiche, in denen sich für das Kind die Loslösung aus der archaisch symbiotischen Interaktion vollziehen kann. Dieser intermediäre Raum sprachlicher Verständigung und somit zunehmender Verselbständigung wird, wie es sich *Gisela Ammon* (Berlin) in ihrem Grundsatzreferat zur Konzeption und Arbeit des Psychoanalytischen Kindergartens speziell im Hinblick auf die kindlichen Borderline-Phänomene zum Gegenstand ihrer Erörterung gemacht hat, an vorsprachlichen Übergangsobjekten vorbereitet. Diese werden gleichsam kreativ in der Symbiose mit der Mutter, um freundlicher Abgrenzungen willen produziert oder destruktiv verweigert, so daß im letzteren Falle das Kind einen Zustand pathologischer Abhängigkeit von seiner Mutter aufrecht erhalten muß und nur zu oft als Symptomträger für die ganze Familie mißbraucht wird, – ein Aspekt, den die Arbeitsgruppe *E. Siebert* und *F. Diergarten* (Düsseldorf) über borderlinekranke Kinder diskutierte. Die Direktbeobachtungen im Psychoanalytischen Kindergarten ermöglichen besonders signifikante Erkenntnisse der anfänglichen Entwicklungsstadien in der Psychodynamik des Borderline-Syndroms. Daher nimmt die Arbeit mit Kindern eine zentrale Stelle für Frühdiagnose und Prophylaxe der sich manifest abzeichnenden Borderline-Phänomene beim erwachsenen Menschen ein.

Am Leitfaden von speziell auf Ich- und Lernfunktionen bezogene Fragestellungen untersuchte *Regine Schneider* (Düsseldorf) die Dynamik und die Ich-Struktur von Schulkindern, die ein ausgeprägtes Lern-Störungsverhalten aufgrund eines Mangels an emotionalen Erfahrungen in einer mißglückten präödiptalen Symbiose zeigen. Darüberhinaus entwickelt die Autorin anhand eines umfangreichen anamnestischen Materials weiterführende Perspektiven, Aufbau- und Validitätskriterien für das anzugeben, was den Ich-Funktionen in ihrem jeweils inneren Aufriß an genetischen und psychodynamischen Bedingungen zugrunde liegt.

Der vollständige Einzug der Ich-funktionellen Möglichkeiten und das regressive Verharren auf der Stufe des primären Narzißmus muß demgegenüber die pathologischen Voraussetzungen des kindlichen Autismus legen, der als Ausdruck einer toten Symbiose die Gesamtheit der Sprach- und Kommunikationsentwicklung blockiert. *M. Hirsch* (Düsseldorf), der diesen Zusammenhängen in seinem Vortrag „Zur Genese des Borderline-Syndroms in der Familiengruppe anhand der Falldarstellung eines autistisch reagierenden Kindes“ nachgeht, analysierte Sprachlosigkeit und Wahrnehmungsunfähigkeit als Anteile eines psychotischen Rückzuges auf die pathogenetischen Ursprungssituationen, in denen dem Kind elementare Entbehungen an averbaler wie sprachlicher Zuwendung und menschlichem Interesse zugemutet worden ist. Die Folgen solcher lebensgeschichtlichen Umstände zeigen sich überdies auch in den Eigentümlichkeiten des Sprechverhaltens schizophoren reagierender Patienten, wie es *A. Matulis* (Wisconsin) aus seiner therapeutischen Arbeit berichtete. Die schizophrene Sprache gleicht einem überaus zerklüfteten Assoziationsfeld, dessen Lücken der Analytiker durch eigenes Kombinieren und Hineindenken in die Intentionzusammenhänge ausgleicht und versteht, welche der Kranke durch seine fragmentierten Äußerungen nur andeuten kann. Der Therapeut schließt daher mit seiner eigenen kreativen Phantasie die zerrissene Kontinuität sprachlicher Übergangsobjekte zur Realität. Hierzu gehört auch, daß der Therapeut mit dem Patienten ein neues Sprachverhalten und die Kommunikation mit neuen Sprachsymbolen einübt.

Generell hat der Borderline-Kranke die entscheidende Phase der Bildung von Übergangsobjekten im Interesse einer regulativen Balance von Innen- und Außenwelt nicht vollziehen können. Nach *M. A. Simpson* (London) sind diese Defizite durchweg von einer destruktiv-dynamischen Relevanz, insofern sie im späteren Leben der Patienten als Selbstverstümmelungen in Szene gesetzt werden, die in der Schmerzerfahrung den Charakter von Pseudo-Übergangsobjekten tragen. Das Fehlen lebenswichtiger Übergangsobjekte, welche für das gesunde Kind in frustranen Erlebnissen die schützenden Eltern repräsentieren, kann jedoch, wie *Ch. Bott* (München) nachwies, durch imaginäre, für den Patienten jedoch lebenswichtig werdende, dritte Objekte als konstruktive Äquivalente kompensiert werden.

Diese Behandlungstechnik beruht auf dem Ziel aller Therapie, den Patienten von dem Druck zu entlasten, seinen inneren Zwiespalt und seine Beziehungslosigkeit einfach auszuagieren, weil ihm grenzsetzende Identifikationsobjekte gefehlt haben.

Dabei können, wie *K. Semmler* (Berlin) und *W. Schibalski* (München) in ihren Beiträgen zur Borderline-Hysterie aufwiesen, jeweils bestimmte Seiten des Identitätskonfliktes Bedingungen für ein Ausagieren sein. Es sind nämlich nicht nur die präödipalen Ich-Anteile, die den Kranken unter den Wiederholungszwang stellen; es gehört zum Charakter der Borderline-Hysterie gerade, daß die sekundärprozeßhaften Konflikte nicht der Verdrängung anheimfallen, sondern wie das zerstörerische Potential der archaischen Symbiose der Tendenz nach in ein abgrenzungsloses Agieren auf der Bühne der äußeren Realität übergehen. Ob nun jeweils mehr die präödipale Symbiose oder ein ödipaler Konflikt agiert wird, der immer schon unter den Bedingungen eines in der Symbiose erfolgenden Traumas steht, – in jedem Fall werden nicht zuletzt aus dem Acting-Out-Verhalten, zu dem Borderline-Kranke wegen ihrer strukturellen Ich-Schwäche neigen, Phänomene einer dem Borderline-Syndrom entsprechenden Kriminalität verständlich, die *K. G. Nickel* (Berlin) am Beispiel einer „Krisenintervention“ bei einem „suizidalen Akt eines Untersuchungshäftlings“ demonstrierte.

Im Rahmen der analytischen Techniken lassen sich jedoch auch die positiven Aspekte des Agierens namhaft machen, sofern sie allerdings in einer therapeutisch kontrollierten Situation eingegrenzt bleiben. Dies gilt vor allem für die psychoanalytische Milieuthherapie, die *W. Bühling* (Düsseldorf) in ihrer Bedeutung für den Borderline-Patienten beschreibt und für die Gruppenpsychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, auf welche sich *R. Schmidts* (München) bezogen hat. Unter den Bedingungen der Milieuthherapie und der Klinik ist es möglich, den Patienten – wie *Ammon* es vorgeschlagen hat – jenes Maß an Ausagieren der Abwehr zu gestatten, das er zur Darstellung seiner inneren Schwierigkeiten braucht. Daß dies in einer milieuthérapeutischen Situation möglich war, fand eine sinnfällige Demonstration in einem Video-Tape-Film, der von Patienten der Tagesklinik in Stelzerreut gedreht wurde. In ihm waren deutlich alle Faktoren der Borderline-Dynamik direkt zu beobachten, wie sie in der Zersplitterung des Selbst- und Gruppengefühls und der Gegenstände in der Objektwelt zum Ausdruck kamen.

Will man die Gedankengänge der wichtigsten Kongreßbeiträge generalisieren, so fällt immer wieder auf, wie sehr die Ich-psychologische Strukturtheorie des Borderline-Syndroms mit den behandlungspraktischen Folgerungen verbunden ist. Dies zeigte sich zugleich im inneren Aufbau der meisten auf dem Symposium vorgetragenen Untersuchungen selbst, deren Qualität sich am Integrationsgrad der theoretischen Prämissen mit den entsprechenden Fallanalysen messen konnte. Gerade die Problematik des

Borderline-Syndroms forderte von allen Referenten die grundlegende didaktische Anstrengung, die Theorie auf die Praxis zu beziehen und sich in ihr bewähren zu lassen, – dies nicht zuletzt deshalb, weil der Therapeut mit seinen Patienten eine analoge Didaktik des Verstehens praktizieren muß, um ihm wirklich zu helfen.

Die symptomatologischen, psychodynamischen und Ich-strukturellen Aspekte des Borderline-Syndroms auf allen Ebenen der Persönlichkeit und der Gruppenbildungen zeigen, daß es sich bei diesen Erkrankungen um soziale Probleme allerersten Ranges handelt, die weit über den Umkreis einer speziellen Psychopathologie hinausgehen. Der im Zuge des gesellschaftlichen Wandels fortgeschrittene Traditions- und auch Geschichtsverlust spiegelt eine allgemeine Identitätsverunsicherung der Menschen mit ihren Ich-Gefühlen und ihrer Sozialisation wider, für welche der Borderline-Patient ein paradigmatisches Abbild bietet. Das Symposium hat mit seiner Arbeit ein Bewußtsein davon vermittelt, daß es sich bei Borderline-Kranken in signifikanter Weise um Menschen handelt, die ihr Selbst und ihre Geschichte verloren haben, wenn sie sie überhaupt jemals im Medium zwischenmenschlicher Zuwendung und Fürsorge erleben konnten; ihre Psychodynamik ist deshalb Ausdruck einer Zeitsituation, in welcher sich oftmals hinter einer äußerlich funktionierenden Persönlichkeit Gefühle der inneren Leere oder schwere Ambivalenzkonflikte einer eigenen Identität gegenüber verbergen.

Wie zu sehen war, trägt der Borderline-Kranke aufgrund seiner in sich antagonistisch organisierten Ich-Struktur immer schon die Ursachen der Selbstzerstörung in sich, welche ihn mehr oder weniger zu larvierten oder offen geübten suizidalen oder autodestruktiven Handlungen drängen.

*G. H. Graber* hat in seiner Arbeitsgruppe, „Der Borderline-Patient und sein Antizipieren des Todes“ geradezu von einer Todessehnsucht sprechen können, die diese Kranken aufgrund des ungelösten Konfliktes zwischen der embryonal schützenden Situation im Mutterleib und der Problematik des postnatalen Lebens bestimmt; hinter Suizidalität oder Destruktivität gegen sich selbst steht für den Borderline-Kranken häufig das Bedürfnis, dieser Ambivalenz durch ein totales Regredieren in den pränatalen Zustand zu entgehen.

Diese bei vielen Borderline-Patienten oft unentrinnbare Dynamik macht aufs Ganze gesehen die Gefährlichkeit des Syndroms aus, welche die Psychotherapie in jedem Fall vor jene zwiespältige Problematik stellt, in der sich der Borderline-Patient grundsätzlich selbst befindet.

Es lag deshalb in der Notwendigkeit des Problems, daß auf einem der Höhepunkte des Kongresses während des Empfangs auf den Rheinterassen *E. Ringel* (Wien) für seine wissenschaftlichen und therapeutischen Verdienste insbesondere auf dem Gebiet der Suizidforschung mit der Goldenen Medaille der DAP ausgezeichnet wurde. Über die Grenzen verschiedener geistiger Traditionen und Terminologien hinweg, welche in ihrer Vielfalt die

noch lange nicht zu Ende geführte Forschungssituation im Hinblick auf das Borderline-Syndrom charakterisiert, spiegelte sich in dieser Ehrung *Ringels* und in der warmherzigen Form ihrer Annahme das allgemeine Bewußtsein, den Borderline-Erkrankungen gegenüber vor vergleichbaren theoretischen und praktischen Aufgaben zu stehen. Dies kam schon zu Beginn des Symposiums in den zahlreichen Grußbotschaften aus elf Ländern zum Ausdruck, zu denen auch die sozialpolitischen Akzente in der Grußansprache des Oberbürgermeisters von Düsseldorf, *Klaus Bungert*, gerechnet werden müssen. Bereits während der Eröffnung des Kongresses, bei welcher *Günter Ammon* als Präsident der DAP die einleitenden Worte sprach, wurde deshalb sichtbar, daß das Symposium den rein fachwissenschaftlichen Horizont überschreiten würde, um das Borderline-Syndrom als Gegenwartsproblem von allergrößter Tragweite in den Blick zu nehmen. Aus diesen Gründen konnten auch Behandlungsmethoden geprüft werden, die dem europäischen Denken ferner stehen. Die japanischen Forscher, *Y. Ikemi*, *J. R. M. Goyeche*, *A. K. Tebecis* (Fukuoka), *Y. Sasaki* (Tokyo) vertreten durch *J. Suzuki* (Sendai) widmeten sich der Aufgabe, über methodisch herbeigeführte Modifikationen des Bewußtseins, Verhaltensformen und Selbstgefühle bei seelisch Kranken zu verändern, wobei sie insbesondere synthetische Modelle aus Elementen des autogenen Trainings, des Zen und des Yoga diskutierten.

Die Tatsache, daß es bei dem Themenkreis des Borderline-Syndroms noch langer und intensiver Bemühungen in Theorie und klinischer Praxis bedarf, geht wegen der Multiplizität psychischer Erkrankungen mit dem Bewußtsein einher, eine forschungsmethodologisch solide Kommunikation zwischen möglichst vielen Fachgesellschaften und Forschungsinstituten in den verschiedenen Ländern aufbauen zu müssen. Dies stand auch hinter den Diskussionen und Vorschlägen des internationalen wissenschaftlichen Beirates der DAP, in dessen Sitzungen über laufende Forschungsprojekte und Lehrveranstaltungen an den DAP-Instituten und an jenen Institutionen berichtet wurde, an welchen die in- und ausländischen Mitglieder des Beirates zur Zeit arbeiten. Die Sitzung des Beirates drückte in nuce noch einmal die für die Vorträge, die Arbeit und Diskussionsgruppen des Symposiums charakteristische Atmosphäre eines kreativen Geistes aus, der seit den Anfängen der Psychoanalyse sich jenen Menschen mitteilt, welche die Dynamik des Unbewußten erforschen.

### *Arbeitsgruppe Saarbrücken*

Am 30./31. Oktober 1976 hat die im Mai dieses Jahres neugegründete Saarbrücker Arbeitsgruppe der Deutschen Akademie für Psychoanalyse unter Leitung von Dr. med. *Karin Ammon*, Lehranalytikerin und Fachärztin für Innere Medizin (München) ihr erstes gruppendedynamisches Wochenendtreffen in Saarbrücken veranstaltet.

Entsprechend den Bedürfnissen der zahlreichen Teilnehmer aus dem Raum Saarbrücken-Homburg wurde eine Balintgruppe für Ärzte gebildet, die von Dr. med. *Karin Ammon* und Dr. med. *Gerd Röhling* (Berlin) geleitet wird und an der Kollegen unterschiedlicher Fachrichtungen in klinischer oder Praxistätigkeit teilnehmen sowie eine psychoanalytische Selbsterfahrungs- und Studiengruppe unter Leitung von Dipl.-Psych. *Friedrich Battenberg* (München) und Dr. med. *Elke Jansen* (Berlin) mit Mitgliedern verschiedener Berufszweige wie Beschäftigungstherapeutin, Bibliothekar, Lehrer sowie Psychologen und Ärzte.

Die Gruppen werden sich in regelmäßigem 4–6 wöchigen Abstand zu je fünf doppelstündigen Sitzungen treffen; das nächste Wochenendtreffen findet am 11./12.12.1976 in Saarbrücken statt.

### *Arbeitsgruppe Hamburg*

Am 4.10.76 wurde eine Arbeitsgruppe zur Vorbereitung eines Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. in Hamburg gegründet, das am 9.5.1980 eröffnet werden soll. Die Arbeitsgruppe unter der Leitung von Dr. med. *Dieta Biebel*, Lehranalytiker der DAP und Facharzt für Gynäkologie, traf sich am 27./28.11.76 erstmals in Hamburg und legte das weitere Vorgehen fest. Zunächst sollen vor allem gruppendedynamische Veranstaltungen wie Balintgruppen für Ärzte und Psychologen und psychoanalytische Selbsterfahrungsgruppen im Raum Hamburg durchgeführt werden. Außerdem sind Vorträge in privaten und öffentlichen Institutionen zum Themenkreis Psychoanalyse, Dynamische Psychiatrie und Psychosomatik geplant.

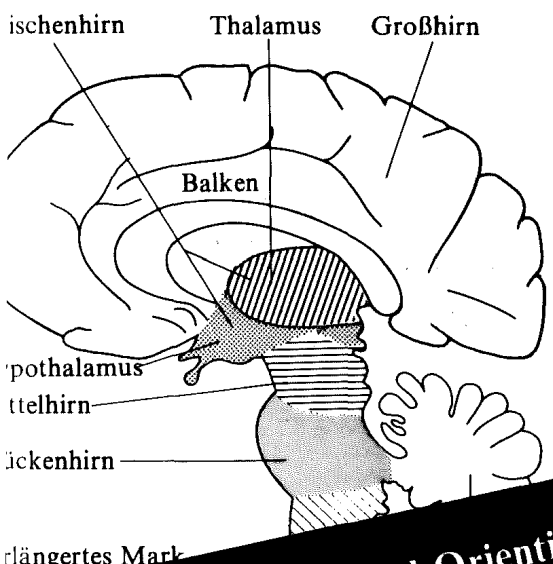


# Dorsch

# Psychologisches

# Wörterbuch

natio reticularis. – Das gesamte G. wird Menschen umgeben von den Hirnhäuten (inges). Am Schädel liegt die der Knohaut entsprechende harte Hirnhaut (dura



bezogene) Tonhöhen und -arten zu erkennen. WELLEK (1938) unterschied dazu einzelne Typen.

**Gehörknöchelchen** ↗Ohr

**Gehörlosigkeit**, angeborene oder vor dem sich der Geist manifestiert. Spracherwerb eintretende völlige Gehörlosigkeit verhindert den Spracherwerb ohne Hilfe (Gehörlosenbeschulung nach optischem und taktilem Prinzip). Ein Spracherwerb ist möglich, früher Taubstummensprache durch Fingeralphabet, jetzt durch Lautsprache ersetzt (Gehörlosenschule). Spätertaubung im Kindesalter kann bei fehlender Hilfe zum Verlust der bereits erworbenen Sprache führen. ↗Hörstörung

**Gehorsam**, bedingungslos. ↗Hörstörung

senschaft, Spracherschlagende (über); c) der objektiven Schöpfungen, kulturellen Geist manifestiert. Schöpfungen, kulturellen Geist manifestiert. Schöpfungen, kulturellen Geist manifestiert.

Information und Orientierung über das Gesamtgebiet der Psychologie  
 für den Fachmann verlässlich, für den Laien verständlich  
 über 8000 Stichwörter (40% neue gegenüber der 8. Auflage)  
 rund 700 Tests mit Kurzbeschreibungen  
 ausführliches Literaturverzeichnis  
 erscheint im Juni 1976 / Preis etwa Fr. 94.–

Geist, ursprünglich ein philosophisch vieldeutiger Begr. In der metaphysischen Gegenüberstellung von G. und Stoff ist G. das Lebendig-Göttliche, belebte und belebende Prinzip (Weltgeist). Später in der spekulativen philosophischen Ps. meint G. die menschliche Seele («Geistseele»), die sich von

9. neubearbeitete und erweiterte Auflage  
 Verlag Hans Huber, Bern Stuttgart Wien

# DGG

Fachbereich Gruppendynamik  
Berlin

1 Berlin 15, Wielandstraße 27–28

Teilnahmegebühr:

pro Tagung für Berufstätige  
DM 650,—

für in Ausbildung stehende  
DM 550,—

(ohne Unterkunft und Verpflegung)  
Postscheck Berlin-West 25 35 55-103

Berliner Commerzbank 510 500 200

17. Gruppendynamische Klausurtagung  
Termin: 30. 3.—8. 4. 1977  
Ort: Kongreßzentrum der DAP in Paestum  
Leitung: Dr. med. Günter Ammon, Berlin
18. Gruppendynamische Klausurtagung  
Termin: 10.—20. 7. 1977  
Ort: Tagesklinik Stelzerreut  
Leitung: Dipl.-Psych. Petra Schneider, Berlin
19. Gruppendynamische Klausurtagung  
Termin: 28. 7.—6. 8. 1977  
Ort: Kongreßzentrum der DAP in Paestum  
Leitung: Dr. med. Fritjof Winkelmann, München
20. Gruppendynamische Klausurtagung  
Termin: 30. 9.—9. 10. 1977  
Ort: Tagesklinik Stelzerreut  
Leitung: Dipl.-Psych. Walter Bühling, Düsseldorf
21. Gruppendynamische Klausurtagung  
Termin: 26. 12. 1977—4. 1. 1978  
Ort: Tagesklinik Stelzerreut  
Leitung: Dr. med. Dieta Biebel und Dipl.-Psych. Burbiel, München

Anschrift des Herausgebers/editor's address:

Dr. med. Günter Ammon, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to: Hauptschriftleitung

Dr. med. Günter Ammon und Gisela Ammon,

1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28

Weitere Mitglieder der Redaktion/members of the editorial staff:

Dr. med. Elke Jansen, Dr. Harald Knudsen, Galina Rave (Nachrichten), Dr. med. Gerd Röhling, Petra Schneider, Helmut Volger (Anzeigen)

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI)  
Berlin, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28

Dr. med. Karin Ammon, Gislinde Bass, Dipl.-Psych. Christine Bott, Dr. med. Rolf Schmidts, Winfried Schibalski, Dr. med. Fritjof Winkelmann  
Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, 8 München 40, Leopoldstr. 87

Dr. med. Mathias Hirsch (Rezensionen), Dr. Kurt Husemann, Dr. med. Walter Mentzel, Dipl.-Psych. Wolfgang Rock, Dr. med. Regine Schneider (Nachrichten), Dr. med. Reinhard Schydlo, Dipl.-Psych. Erda Siebert  
Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, 4 Düsseldorf, Schadowstr. 86/88

Um Unterbrechungen der Belieferung zu vermeiden, bitten wir, unserer Auslieferung Adressenänderungen rechtzeitig mitzuteilen.