ISSN 0012-740X

1 Z 4365 F

Dynamische Psychiatrie *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Herausgegeben von Günter Ammon

DAS BORDERLINE-SYNDROM IN THEORIE UND PRAXIS IV

Dieta Biebel
Beispiel einer nachholenden Ich-Entwicklung dargestellt anhand der Sprache als einer zentralen Abgrenzungsfunktion

Friedrich Diergarten
Sprachstörungen bei Borderline-Patienten

Mechthild Kuhl
Symbiotisches Defizit und Sprachlosigkeit

Fritjof Winkelmann
Splitting und multiple Symptombildung als Ausdruck einer Borderline-Persönlichkeit

Andreas von Wallenberg-Pachaly
Zur Familiendynamik des Sprachverbots bei einem Borderline-Patienten

Béla Buda
Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis der Anstaltspsychiatrie

Peter Haerlin
Außenweltentfremdung als Ausdruck einer archaischen Ich-Krankheit

10. Jahrgang 2. Heft 1977

43

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

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)
10. Jhg., 2. Heft 1977, Nr. 43

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, Kobenhavn – 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, Tokio – E. Weigert, Chevy Chase – W. Th. Winkler, Gütersloh – W. Z. Winnik, Jerusalem – E. D. Wittkower, Montreal.

Seite

Dieta Biebel (München)
Beispiel einer nachholenden Ich-Entwicklung dargestellt anhand der Sprache als einer zentralen Abgrenzungsfunktion 89
Retrieval of Ego-Development Exemplified in Language Development as a Function of Demarcation 98

Friedrich Diergarten (Düsseldorf)
Sprachstörungen bei Borderline-Patienten 101
Speech Disturbances of Borderline Patients 110

Mechthild Kuhl (München)
Symbiotisches Defizit und Sprachlosigkeit 112
The Symbiotic Deficit and Speechlessness 121

Fritjof Winkelmann (München)
Splitting und multiple Symptombildung als Ausdruck einer Borderline-Persönlichkeit 123
Splitting and Multiple Symptom Formation as Expression of a Borderline-Personality 131

Andreas von Wallenberg-Pachaly (München)
Zur Familiendynamik des Sprachverbots bei einem Borderline-Patienten 134
On the Family Dynamics of the Interdiction of Language in a Borderline Patient 142

Béla Buda (Budapest)
Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis der Anstaltspsychiatrie 144
The Borderline-Syndrome in Theory and Practice in Mental Hospital Psychiatry 152

Peter Haerlin (München)
Außenweltentfremdung als Ausdruck einer archaischen Ich-Krankheit 154
Derealization as the Expression of an Archaic Ego-Illness 163

Nachrichten 166

This journal is regularly listed in Current Contents, Social Science Citation Index GW ISSN 0012-740X, Bio-Sciences Information Service, and the Psychological Reader's Guide

Beispiel einer nachholenden Ich-Entwicklung dargestellt anhand der Sprache als einer zentralen Abgrenzungsfunktion**

Dieta Biebel*

Auch heute noch wird die psychotherapeutische Behandelbarkeit schizophren reagierender Patienten angezweifelt und häufig geleugnet. Die übliche Therapie für katatone Patienten ist langdauernder stationärer Aufenthalt in Landesnervenkrankenhäusern mit hohen Dosen Neuroleptika und Elektroschocks.
Die Autorin zeigt am Psychotherapieverlauf eines katatonen Schizophrenen auf, daß es möglich ist, aus der Kenntnis der Psychodynamik der Primärgruppensituation des Patienten die noch übriggebliebenen Äußerungen des Patienten verbaler und averbaler Art zu verstehen, über sie Kontakt herzustellen und eine therapeutische Symbiose zu entwickeln.
Als Nachweis der Therapierbarkeit wird die nachholende Ich-Entwicklung (Ammon) an der Entwicklung einer kohärenten und kongruenten Sprache als Ausdruck der zunehmenden Abgrenzungsfähigkeit des Patienten dargestellt.
Aufgrund der verinnerlichten Double-bind-Kommunikation wird zur Stabilisierung der defizitären Mutter verfrüht eine Sprache entwickelt, die nicht der Kommunikation eines abgegrenzten Ich mit dem Du dient, sondern der Abwehr der verschlingenden Symbiose. Der Mutismus stellt sich im therapeutischen Prozeß als ein erster Abgrenzungsschritt dar. Analog der Sprachentwicklung eines Kindes treten erst Einwortsätze auf. Die Einwortsätze entsprechen einem fragmentierten, noch sehr undifferenzierten, nicht abgegrenzten Ich. Im Zuge der fortschreitenden Abgrenzungsfähigkeit tritt die Imitationssprache auf, in der fassadär die Sprache der Therapeutin nachgeahmt wird. Sie zeigt die beginnende Ich-Du-Differenzierung und die einsetzende Realwahrnehmung des Objektes an.
Die neue kongruente und kohärente Sprache, mit der echte Ich-Inhalte, d. h. Bedürfnisse und Gefühle, besonders die für die Abgrenzung notwendigen aggressiven Gefühle, geäußert werden können und mit der eine Verständigung mit anderen möglich ist, ist Ausdruck der durch die Therapie ermöglichten Abgrenzung aufgrund eines echten Strukturgewinns.

Im Mai 1971 kam Herr K. das erste Mal mit akuter Psychose zur stationären Aufnahme in eine psychiatrische Landesnervenklinik. Er teilte dem aufnehmenden Kollegen mit, daß er Jesus Christus auf dem Weg zur aufgehenden Sonne ins Indianerland wäre. Dort müsse er ein Indianermädchen erlösen, das an einen Pfahl gebunden wäre. Auf dem Weg dorthin fürchtete er, von den sich verbiegenden Häusern und von den Menschen verschlungen zu werden. Aus Wut darüber müsse er auf die Autodächer steigen. Das mache ein so schönes knisterndes Geräusch. Am Tag darauf war der Patient stumm und starr und bot Zeichen von Kata-

* Dr. med., Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychoanalytikerin am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
** Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1.–4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

tonie. Die ständig seitlich abgespreizten Hände verblieben in der Position, in die der Kollege sie brachte. Hohe Dosen Neuroleptika und Elektroschocks brachten eine leichte Besserung, so daß der Patient nach drei Monaten entlassen werden konnte. Vier Jahre lang war er, von seltenen Momenten abgesehen, in denen er einige Worte sprechen konnte, stumm und inaktiv. Er verbrachte seine Tage im Bett und wurde von seiner Mutter wie ein Säugling versorgt. Eine Wiederholung der Situation wie bei der Aufnahme in die psychiatrische Nervenklinik fand im Mai 1975 in meiner psychotherapeutischen Sprechstunde statt. Beim Erstinterview konnte er mir den oben beschriebenen Wahninhalt und sein Bedürfnis nach Hilfe mitteilen. Ab der zweiten Sitzung war er wieder stumm und starr.

Meiner Meinung nach ist das Verhalten chronisch schizophrener Patienten ein erstarrter, versteinerter Ausdruck der erlebten Psychodynamik in der frühesten Kindheit und aus dieser verstehbar und damit behandelbar.

Wie *Günter Ammon* (1970) beschrieb, hängt die Ich- und Identitätsentwicklung eines Menschen von der Kommunikationsfähigkeit der umgebenden Gruppe ab. Sie hängt davon ab, wie die Gruppe die Bedürfnisse des Individuums versteht und sie befriedigt und wie sie sich über die Bedürfnisse und deren Befriedigung verständigt. Wenn eine Ich-defizitäre Mutter ihr Kind in einer destruktiven symbiotischen Beziehung zur Kompensation ihrer eigenen großen Ängste benützt und ihm eine Befriedigung seiner Bedürfnisse und eine Abgrenzung nicht ermöglicht, bleiben weite Bereiche des Ichs des Kindes unentwickelt. Zu früh und überschießend entwickelt das Kind einzelne Ich-Funktionen, z. B. die Sprache, die die Mutter aufgrund ihres Ich-Defizits zu ihrer eigenen Stabilität benötigt. Beim Kind resultieren strukturelle Ich-Defizite (*Ammon*, 1973). Die Ich-Funktionen sind so nicht integraler Bestandteil eines abgegrenzten Ichs auf dem Hintergrund einer gelungenen Symbiose mit den dazu notwendigen narcissistic supplies. Ihre Funktionsfähigkeit ist deshalb an eine symbiotische Stütze gebunden. Bei deren Wegfall desintegriert das Ich aufgrund der mangelnden Abgrenzungsfähigkeit und wird von innen und außen von Nicht-Ich-Inhalten überschwemmt. Die in Abhängigkeit und zur Füllung der strukturellen Defizite der Mutter entwickelten Ich-Funktionen können dabei verlorengehen.

Jeder Versuch der Abgrenzung aber ist begleitet von archaischen Ängsten, das Mit-Ich in der Symbiose, die Mutter umzubringen. Daraus resultieren massive Schuldgefühle, die zur Selbstaufgabe führen durch Wiederherstellen der destruktiven Symbiose, die als einzig ertragbare Lebensform immer wieder gewünscht wird. Der ständige Wechsel zwischen diesem Fusionswunsch und der Abwehr dieses Wunsches kennzeichnet die rasche Abfolge von Kontaktaufnahme und Kontaktabbruch dieser Patienten. Bei schizophren reagierenden Patienten kann dieser Wechsel

so rasch sein, daß eine totale Kontaktlosigkeit nach außen und innen resultiert und damit eine totale Isolation des Patienten.

Meiner Meinung nach ist sie die direkte Folge der Internalisierung der von *Bateson* und anderern 1956 beschriebenen, die schizophrenogene Familie kennzeichnenden Double-bind-Situation, die *Ammon* (1970) als das Zerreißen der Kommunikation im antagonistischen Gegensatz, z. B. einander ausschließender Forderungen beschreibt. Daraus resultiert eine Spaltung zwischen dem rudimentär entwickelten Ich und seinen Bedürfnissen und Gefühlen und einer mehr oder minder entwickelten, sehr störanfälligen Sprache, die nicht mehr der direkten Kommunikation des Ich mit dem Du dient. Vielmehr dient sie der Abwehr der verschlingenden Symbiose in einer Ich-losen fassadären Imitationssprache. Die Aufgabe dieser Sprache kann als ein pathologischer Abgrenzungsversuch verstanden werden. Ersatzweise treten frühere Mitteilungsformen, z. B. Körperhaltung, Mimik, an ihre Stelle, wobei ein schrittweiser Rückzug bis auf rudimentäre Formen zu beobachten ist.

Das Anliegen meines Referates besteht darin, am Krankheitsbild und am Therapieverlauf eines chronisch Schizophrenen zu zeigen, daß das bizarre Sprachverhalten Schizophrener, wozu ich auch das Körperverhalten zähle, ein Abbild dessen ist, was dem Patienten aufgrund der gestörten Interaktion in der Primärgruppe an Entwicklung und Ausdruck möglich war. Dazu ist es notwendig, die Psychodynamik der Primärgruppe des Patienten zu kennen und zu verstehen. Der erste Schritt in der Therapie solcher Patienten ist, ihn als einen entwicklungsfähigen Menschen ernst zu nehmen, ihn anzunehmen und Kontakt herzustellen, indem alle die rudimentären Botschaften seines Körpers und seines Ausdrucks verstanden, akzeptiert und respektiert werden. In ständiger averbaler und verbaler Interaktion wird versucht, die Angst des Patienten abzubauen, den dauernden Kontaktabbruch zu akzeptieren, zu verstehen und schrittweise zu verhindern. Voraussetzung dafür ist eine flexible Handhabung der Therapie mit Hilfe der eigenen integrierten und kontrollierten Regression auf die Entwicklungsstufe des Patienten, analog einer Schwangerschaftsregression, um die Bedürfnisse, die Ängste und die Frustrationsgrenze des Patienten zu erfassen und um seine Ängste möglichst klein zu halten. Für den Patienten muß sich der Therapeut exemplarisch abgrenzen und versuchen, ihm das Erlebte verbal zu vermitteln, sich darüber mit ihm verständigen und adäquat darauf reagieren. Wichtig ist ferner, daß der Therapeut dem Patienten die diesem fehlenden Ich-Funktionen, bei dem beschriebenen Patienten besonders die Ich-Funktionen der Abgrenzung und der Sprache, als Realperson zur Verfügung stellt. Dadurch entwickelt sich ein zunehmender Freiraum für den Patienten, in den hinein er seine Ängste und Bedürfnisse mitteilen kann. Die daraus entstehende therapeutische Symbiose (*Searles*, 1972) ermöglicht dem Patienten schrittweise, Worte zu bilden als Aus-

druck einer beginnenden gesunden Abgrenzung im Gegensatz zum Mutismus, durch den der Patient seinen ihm einzig möglichen, pathologischen Abgrenzungsversuch vor der verschlingenden Symbiose mitteilt. Die fortschreitende Auseinandersetzung mit dem Therapeuten führt zur Entwicklung einer kommunikationsfähigen Sprache als Ausdruck einer zunehmenden Ich-Strukturierung.

Das Referat stützt sich auf die Krankenjournale der psychiatrischen Klinik, auf Behandlungsberichte des früheren Hausarztes, auf Verlaufsprotokolle einer jetzt zwei Jahre dauernden, nicht abgeschlossenen Psychotherapie und auf ein ausführliches anamnestisches Gespräch mit der Mutter, mit der meist per Telefon begleitende Ich-stützende Gespräche in Analogie zur Simultan-Kindertherapie durchgeführt wurden.

Das anfangs vereinbarte therapeutische Setting, zweimal wöchentlich à 35 Minuten wurde je nach den Bedürfnissen des Patienten flexibel variiert. Die Häufigkeit schwankte zwischen zwei und sieben Sitzungen pro Woche, wobei es in einer Phase wichtig war, mit dem Patienten während seiner Sitzungen spazieren oder Essen zu gehen.

Das Äußere des 24jährigen Herrn K. war auffallend. Seine kindliche Statur war starr und eckig. Der Kopf war viel zu groß und zeigte unbewegliche Mimik. Das einzig Lebendige waren seine großen, dunklen, sehr ausdrucksvollen Augen, die er jedoch meist niedergeschlagen und hinter einer großen Sonnenbrille verborgen hielt. Gekleidet war er mit einem schwarzen, sehr schmalen langen Mantel, darunter trug er Kleinkinderkleidung.

Seine Bewegungen und seine Gangart waren abgehackt, steif, marionettenhaft. Am auffallendsten waren seine Hände, die er völlig unbeweglich wie Fischflossen vom Körper abgespreizt hielt. Zu Beginn der Sitzungen setzte sich Herr K. jeweils auf die Kante eines Stuhles und blieb dort bewegungslos sitzen. Die Mutter teilte mir mit, daß er mit eineinviertel Jahren alles in vollkommenen Sätzen gesprochen hätte, daß er ein sehr braves, sehr anhängliches und sehr sauberes Kind gewesen sei. Bereits ab dem ersten Lebensjahr sei er ihr eine große Stütze in all ihren Nöten gewesen, besonders als sie ihren Mann wegen chronischer Schizophrenie und Alkoholabusus mit der Polizei ins Nervenkrankenhaus einweisen lassen mußte. Schon damals hätte sie alles mit ihm besprechen können. Vom 7. bis zum 10. Lebensjahr mußte der Patient wegen Wirbelsäulenverkrümmung im Gipsbett liegen. In der Pubertät begannen seine Sprachschwierigkeiten und verstärkten sich, als er die Mittelschule mit Mittlerer Reife verließ. Im 21. Lebensjahr wurde er stumm. Auslösendes Ereignis war die Begegnung mit einem blonden Mädchen, in das er sich verliebte. Die ihm zur Verfügung stehende fassadäre Abwehrsprache ermöglichte es ihm nicht, sich mit diesem Mädchen über seine Gefühle zu verständigen. Gleichzeitig erlebte er, daß seine Mutter in dem Moment, als er erstmals ihr seine Angst mitteilen wollte, ihn aus

eigener Angst zurückwies, wodurch sie die Umkehrung des Mutter-Kind-Verhältnisses aufrechterhielt. Vor diesem doppelten Verlassenwerden floh der Patient ins Indianerland, um als Jesus Christus das gefesselte Indianermädchen zu erlösen, das sowohl die Mutter bzw. die Freundin als auch ihn selber darstellte.

Ich erlebte die Mutter als überängstliche, überangepaßte, devote, hilflose Frau.

Herr K. teilte mir im Erstinterview auf die Frage nach seiner Mutter nach langem Schweigen mit, daß sie die große Unbekannte im Hinterland sei. Sehr viel später meinte er, sie sei eine Tür, und wenn man sie öffnet, ist nichts da, und daß sie ihn als graue Eminenz gesichtslos mit langem grauen Mantel und grauem Schlapphut vervielfältigt verfolge und ihre Stimme ihm immer zuflüstere: „Du mußt krank bleiben, du darfst nicht erwachsen werden, du darfst nicht weggehen." Den Vater erlebte er als riesigen schwarzen Mann, dessen Entlassung aus der Nervenklinik er mit Todesangst befürchtete, da der Vater ihn umbringen wollte. Auf die geringste Zuwendung der Mutter dem Patienten gegenüber reagierte der Vater mit Tobsuchtsanfällen, wobei er die Mutter und manchmal auch den Patienten schlug. Die Mutter lag dann bewußtlos und ohne zu weinen mit offenen Augen auf dem Boden. Anschließend zwang der Vater sie unter wüsten Beschimpfungen und mit ordinären Ausdrücken zum Geschlechtsverkehr. Große Erleichterung, aber auch ungeheure Schuldgefühle erlebte der Patient jedesmal, wenn sein Wunsch in Erfüllung ging und die Polizei den Vater abholte. In Identifikation mit dem Vater befürchtete er aber auch, daß die Mutter ihn beim geringsten selbständigen Schritt genauso einsperren lassen würde. So ordnete er sich ihren Anpassungsforderungen total unter, gab sich ganz auf und wurde die Wachspuppe, die die Mutter haben wollte und ertragen konnte.

Der Patient kam jedesmal pünktlich zu den vereinbarten Sitzungen, wozu anfangs eine Bahnfahrt von sieben bis acht Stunden pro Tag nötig war.

Ab der zweiten Sitzung saß der Patient ablehnend, stumm, von mir abgewandt, mit dem Blick auf den Boden. Beim Kommen und Gehen gab er mir seine fischige Hand, ohne meine richtig zu berühren. Manchmal nahm er beim Gehen Blickkontakt auf.

Regressiv identifikatorisch versuchte ich, seine Gefühle wahrzunehmen. Er vermittelte mir große Angst, Ablehnung, Mißtrauen, Abwehr, Mutlosigkeit, Resignation, große Verlassenheit, Hilflosigkeit, zwischendurch aber auch Hoffnung und Erwartung. Im Vordergrund stand die Ablehnung, die sich bei der geringsten Bewegung von mir, z. B. durch das Bewegen einer Zehe oder durch ein etwas emotionaleres Reden oder durch eine Frage verstärkte, und die er mir durch Verdunkeln seines Gesichtsausdrucks mitteilte. Seine Ablehnung und seine Angst ließen nach, wenn es mir gelang, äußerlich und innerlich ihm genau die für ihn

ertragbare schweigende Präsenz zu vermitteln oder ihn zu füttern, und zwar mit Klangfarbe, wobei der Sinngehalt der Worte eine ganz untergeordnete Rolle spielte. Ich empfand dann einen kurzen symbiotischen Kontakt, den er in den Sitzungen viele Male abbrach. Unter ständiger Kontrolle meiner intensiven Gegenübertragungsgefühle lernte ich, wie ein Seismograph auf seine minimalen Veränderungen der Mimik und der Körperhaltung adäquat zu reagieren. Ich stellte ihm sein von mir intuitiv erfaßtes Erleben empathisch zur Verfügung und beendete dieses oder mein Schweigen oder die Fütterung mit Klang sofort bei der geringsten Veränderung. Dadurch erlebte er das erste Mal in seinem Leben, daß seine minimalen Äußerungen ihm erlaubt wurden, daß sie verstanden und beantwortet wurden, daß seine sehr geringe Frustrationstoleranz als seine Grenze akzeptiert wurde und daß ihm sein Symptomverhalten in Form von Mutismus und Katatonie als ihm einzig mögliche, wenn auch pathologische Form sich mitzuteilen, aber auch sich abzugrenzen, zugestanden wurde. Ich erreichte damit, daß sich ein interpersoneller Raum zwischen uns entwickelte, in dem seine Angst immer mehr abnahm und der vorsichtig aufgenommene Kontakt länger werden konnte. Zum Dank brachte er mir zwei von ihm gemalte Bilder mit, einen angenagelten Fisch, der aus bunten rechten Winkeln bestand, und ein Bild vom bunten Kinderland, wo unter dicken regnenden Wolken die Sonne scheint; beides waren Symbole für ihn. Sehr viel später teilte er mir mit, daß er sich in dieser Zeit als einen angenagelten Fisch erlebt hätte, mich als eine in weiße Tücher eingewickelte Mumie mit weißem starren Gesicht.

Jede meiner Bewegungen hatte für ihn eine Bedeutung. So verstand er z. B. das Bewegen meiner Zehe als Zerstampftwerden von SS-Stiefeln. Die Wahrnehmung des Patienten entsprach zu dieser Zeit in der Rollenumkehr, indem er — wie eine Mutter ihren Säugling — meine Körperäußerungen beobachtete, der koenästhetischen Kommunikationsweise (*Lample-de Groot*, 1967) einer frühen Symbiose. Sie ist daher ein Indiz für die präverbale Stufe der Ich-Entwicklung dieses Patienten, die *Ferenczi* (1909, 1913) als die Periode der magischen Allmacht bezeichnete.

Auf der oben beschriebenen Basis gelang es ihm, die therapeutische Beziehung als symbiotische Stütze anzunehmen, das therapeutische Setting als seinen Freiraum, seinen Platz zu akzeptieren und zu internalisieren und als Ausdruck eines ersten Abgrenzungsschrittes durch Worte nach außen zu verteidigen. Ich hatte die Sitzungen in den Kindertherapieraum verlegt. Als dieser einmal belegt war, reagierte er darauf mit großer Verstörung. Als ich für ihn wortstark den Ärger über die Vertreibung ausdrückte, stieß er bellend, abgehackt, laut und rauh seine ersten Worte heraus: SS-Stiefel, Rost, Rasierklinge, Uterus, angenagelter Fisch. In der nächsten Sitzung malte er nach langem Zögern, mich immer wieder fragend ansehend, seine rechte Hand mit blauer Wasserfarbe an.

Dann drückte er diese auf ein weißes Blatt Papier und klebte, wieder nach langem Zögern, mit grimmigem Gesicht dieses an die Wand. Lange in sich versunken schwieg er, dann schimpfte er mit unzusammenhängenden Hauptwörtern, die alle gewaltsamen Charakter hatten, gegen einen fraglichen gemeinsamen Feind, was mich daran erinnerte, wie Hunde ihre Hütten verteidigen.

Beim Zusammenbrechen der fassadären, in der destruktiven Symbiose entwickelten Abwehrsprache kann es zum Auftreten einer Art Einwortsprache kommen, die Patienten sprechen einzelne Worte aus, die anscheinend einen hohen Symbolisationsgrad aufweisen, jedoch Repräsentanten des feindlichen Primärobjektes sind. Der logische Gehalt der Worte steht dabei oft in extremem Gegensatz zu der emotionalen Mitteilung. Die „Pseudosymbolisation" ist ein Ausdruck für das fragmentierte defizitäre Ich. Analog der Kommunikationsweise der frühen Mutter-Kind-Symbiose sind die Worte im Sinne von Einwegsätzen zu verstehen.

In dem ihm jetzt erlebbaren Freiraum, in dem die nachholende Ich-Entwicklung möglich wird, konnte er anfangen, seine Bedürfnisse wahrzunehmen und mitzuteilen, selbst wenn es nur averbal durch Husten war, womit er mir sagte, daß er gefüttert werden wollte, und zwar mit Worten, deren emotionaler Gehalt immer noch wichtiger war als ihr Sinngehalt. Anschließend an eine solche Fütterung sagte er eines Tages: „Ich habe Hunger" – und aß anschließend mit gutem Appetit Butterbrot und trank Apfelsaft aus der Praxisküche. Von da an nahm er immer Wasser mit in die Sitzungen, zuerst nur für sich, dann auch für mich. Aufgrund der Internalisierung der therapeutischen Symbiose waren dem Patienten jetzt zunehmend Abgrenzungsschritte von mir möglich, die den Abgrenzungsversuchen eines kleinen Kindes entsprachen. Er kam auf mich zu und nahm Hautkontakt auf, in der Form des Händegebens, oder er lief weg in die hinterste Ecke des Raumes, oder er bot mir Wasser an und nahm es mir wieder weg und trank es aus oder er gebrauchte Worte von weniger oder mehr aggressivem Inhalt. In dieser Zeit träumte er seinen ersten Traum: Eine Bürgermeisterstochter trug auf dem Kopf eine wassergefüllte Plastikkugel, in der ein nackter Embryo schwamm, der herauswinkte.

Äußerlich fing er an, sich zu verändern. Gesicht und Figur wurden weicher, die Bewegungen nahmen zu, der schwarze Mantel verschwand, die Kleidung wurde erwachsener. Die Erfahrung, sich abgrenzen zu dürfen, führte zu einer reiferen interpersonellen, symbiotischen Beziehung, in der er erstmals freundliche Wortverbindungen schuf, sowohl schriftlich als auch verbal. In stereotyper Wiederholung malte er mit verschiedensten Farben seitenlange, einzelne Worte wie Liebe und Sonne und verband sie mit anderen. Mit ebenso stereotypen Worten, z. T. Wortschöpfungen, begann er jede Sitzung. Mir schienen sie ein Ersatz der verlorengegangenen körperlichen Starre, ein reiferer Versuch der Abgrenzung.

Dabei fiel auf, daß die Hauptwörter verbunden wurden mit Eigenschaftswörtern und Verben, z. B. Sonnegelb, Sonneblau, Sonneleuchtend, Sonnelieben, Sonnehassen. Sie gingen über in Kanonaden von stereotypen Beschimpfungen seiner Mutter meist sexueller Art, z. B. angenageltes Genitale, angefesselt am Brunnen, Mutter Hure, die er wütend hervorstieß, während er aggressiv im Zimmer herumstampfte, immer eine gewisse Distanz zu mir einhaltend.

Bei schwerer Belastung verfiel er wieder in seine Sprachlosigkeit und verlangte durch Husten Fütterung, was ich als einen Ausdruck dafür verstand, wie störanfällig sein Selbstvertrauen noch war. Dabei war eine deutliche Korrelation zwischen der Frustration und der gewählten Sprachebene festzustellen, und letztere konnte als Indikator seiner zunehmenden Frustrationstoleranz benützt werden. Die therapeutische Symbiose war aber schon so tragfähig geworden, daß Herrn K. erstmals eine Trennung von seiner Mutter möglich war und er nach München umziehen konnte. Die Sitzungen, die jetzt 4-mal pro Woche stattfanden, liefen stereotyp so ab, daß er zu Beginn in einem abgehackten Wortsalat schimpfte. Zunehmend konnte er dann überraschend klar über seine fürchterliche Kinderzeit, anfangs in verstümmelten, dann immer mehr vollständigen Sätzen sprechen. So äußerte er z. B., daß ihn die Mutter nicht hatte wachsen lassen, daß sie ihm nur 1 qm Boden in der Küche neben dem Herd zugestanden hatte, daß sie ihn immer verschlungen hätte, daß er für sie sein toter 7jähriger Schulfreund sein und bleiben mußte, den er oftmals um seinen Tod beneidet hatte.

Weitere Fortschritte in der Therapie zeigten sich darin, daß er als Ausdruck des Kontaktes mit mir, mich real wahrzunehmen begann und mich beschreiben konnte, mir aber auch seine Ängste mitteilte, daß ich seine Mutter wäre und ihn verschlingen würde. In der Gegenübertragung erlebte ich, daß er ganz winzig in seinem Sessel wurde und ich das Gefühl bekam, riesig zu sein.

Den therapeutischen Freiraum testete der Patient analog dem Probehandeln eines Kindes immer wieder aus und stellte ihn in Frage. Als ich sein destruktives Ausagieren in der Realsituation strukturierend einschränkte, konnte er sich erstmals direkt verbal mit mir auseinandersetzen. Zunächst äußerte er seine Wut und sein Problem verschlüsselt in tabuisierten Wörtern. Dadurch, daß ich die Wörter annahm und verstand, wurde es dem Patienten möglich, sich zunehmend in kongruenten Sätzen mitzuteilen. In der Auseinandersetzung erlebte er fürchterliche Bauchkrämpfe zu Beginn der Sitzungen. Er fühlte den Zwang, die tabuisierten Worte auszusprechen. Es waren aggressive, sexualisierte Symbole für früher erlebte Situationen. Er stampfte gequält hin und her, bis er das Wort gleichsam gebären konnte, z. B. Käseln oder Pimmel. Käseln bedeutet umgangssprachlich Streit zwischen Kindern, die sich mit käsigen Füßen treten. Für ihn bedeutete es den häufig unter brutalen Umständen

miterlebten Verkehr der Eltern und zwar das mit den Genitalhaaren seiner Mutter verklebte Ejakulat des Vaters. In der therapeutischen Situation bedeutete es seinen großen Wunsch und die Abkehr dieses Wunsches, mit mir in sadistischer Weise zu schlafen, was synonym war mit mich umzubringen und seine Wut ausdrückte, daß ich ihn nicht verschlinge, daß ich nicht seine Mutter war, zu der er mich unbedingt machen wollte. Ich fühlte in diesen Sitzungen, bis er sprechen konnte, seine mörderische, eiskalte Wut, die auszuhalten mir sehr schwer fiel. Nachdem er in vielen Sitzungen erlebt hatte, daß ich seine fürchterlichen Gedanken und seine Wut annahm, sie verstand und aushielt und es möglich war, darüber zu sprechen, überraschte er mich in einer Sitzung damit, wie ein Gockel zu krähen und anschließend wie ein Indianer in immer lauteren Tönen zu schreien. Dann sang er erstmals in seinem Leben mit ganz zarter Stimme das Caprifischerlied „Wenn auf Capri die rote Sonne im Meer versinkt". Glücklich wie ein beschenktes Kind ging er aus dieser Sitzung. Sie hatte für ihn bedeutet, leben zu dürfen. Er hatte den Eindruck, der erste Reifen seines Fasses, in das seine Mutter ihn immer getaucht hatte, war geplatzt, der Kopf war frei. Von da an änderte sich sein Aussehen, er wirkte lockerer, zog sich erwachsener an und ließ die Haare wachsen, was ihm seine Mutter immer verboten hatte. Er baute sich einen Kreis von Freunden auf, mit denen er sich verbal auseinandersetzen konnte.

Herr K. hatte mir während seines bisherigen Therapieverlaufs immer lebendigere Symbole für sich selbst gegeben. Erst den angenagelten Fisch, dann seine Bilder mit dem Indianerland, dann den Embryo in der Plastikkugel, wo immer eine starre Hülle ein winziges Ich umschloß. In einer Sitzung teilte er mir in einem eigenartigen Singsang, den ich aus den Gesprächen mit seiner Mutter kannte, mit monotoner Stimme mit, daß er die Therapie abbrechen müsse, daß er zurück zu seiner Mutter müsse. Als ich ihn auf die eigenartige Sprechweise ansprach, konnte er mir mit seiner eigenen neuen klaren Stimme mitteilen, daß er wütend auf mich wegen der bevorstehenden Trennung wäre – ich mußte für vier Tage verreisen –, daß eben aber nicht er gesprochen hätte, sondern seine Hülle, seine Mutter.

Im weiteren therapeutischen Verlauf wurde diese Hülle in Identifikation mit mir durch die Imitation meiner Sprache ersetzt, mit deren Hilfe er sich zu Beginn und am Schluß der Sitzungen von mir abzugrenzen versuchte. In deren Schutz und nach Überwindung seiner Angst konnte er sich mit seiner Stimme in kongruenten Sätzen mit mir über seine Bedürfnisse verständigen und sich mit mir aggressiv auseinandersetzen. In dem Maße, wie ihm dies gelang, wurde auch die Spaltung zwischen Wort und Emotion aufgehoben. Gleichsam von innen her wurde die Sprache mit Ich-Inhalten aufgefüllt und seine Hülle überflüssig. Alle Therapeuten unseres Ausbildungsinstitutes, die er von Anfang an als freundlich

umgebende Gruppe erlebt hatte, konnte er jetzt differenzierter als Realpersonen wahrnehmen und konnte deren momentane psychische Verfassung haarscharf schildern. Aufgrund der durchgearbeiteten Trennung war es ihm erstmals möglich, einen 14tägigen Urlaub, ohne psychotisch zu werden, bei seiner Mutter zu verleben und sich verbal von ihr abzugrenzen. Ich meine, daß damit deutlich wird, daß der Patient im Verlaufe seiner Therapie aufgrund der Internalisierung der therapeutischen Symbiose begann, sich schrittweise als ein Mensch im eigenen Recht abzugrenzen, was sich besonders an der Entwicklung der autonomen Ich-Funktion einer integrierten und kommunikativen Sprache zeigte.

Der Patient hat im wesentlichen drei Phasen der nachholenden Ich-Entwicklung in der Therapie durchlaufen:

1. Seine gestammelten Einwortsätze und Zweiwortsätze, deren Symbolisationsgrad partiell sehr hoch entwickelt war und der fragmentierten Wahrnehmung des primären Objektes entsprach, stehen für ein fragmentiertes, noch sehr undifferenziertes, nicht abgegrenztes Ich.
2. Die Imitationssprache, in der er fassadär die Sprache der Therapeutin nachahmte, zeigt die beginnende Ich-Du-Differenzierung und die einsetzende Realwahrnehmung des Objektes an.
3. Seine eigene kongruente Sprache, mit der er echte Ich-Inhalte, d. h. seine Bedürfnisse und Gefühle, besonders auch die für die Abgrenzung notwendigen aggressiven Gefühle äußern konnte und sich mit anderen darüber verständigen konnte, ist Ausdruck der durch die Therapie ermöglichten Abgrenzung aufgrund eines echten Strukturgewinns.

Retrieval of Ego-Development Exemplified in Language Development as a Function of Demarcation

Dieta Biebel

The paper describes the case of a schizophrenically ill patient suffering from severe language disturbances. Therapy in this context can be understood as a retrieval of ego-development and a process of building up new psychic structures, especially language structures.

The author points out that the bizarre language and body language of her patient is a reflection of the disturbed interaction within the early primary group. The double bind situation in the patient's family led to a split between the ego and its needs on the one side and the capacity of expressing these needs on the other. As a result, the patient's language no longer serves as a means of communication, but rather as a defence against a threatening symbiosis.

Thus, the patient's mutism in therapy can be understood as a pathological attempt to demarcate his own identity, but at the same time it is an offer to communicate with the therapist.

At the beginning the therapeutic alliance and symbiosis is built up on a preverbal level of the ego-development, where the sound of words is of more significance than their contents. In the process of therapy, however, when the patient gradually learns to verbalize his up to now non-verbally expressed needs and phenomena such as pain, word stereotypes, physical acting out start to change. At the same time an interpersonal space is being developed into which the patient begins to formulate sentences as a sign of growing demarcation. The words in this connection have above all symbolic character.

It is not so much the concrete information itself which is meant by this language but its significance on the level of primary process, in connection with the psychodynamics of the patient.

Therefore, language must be seen as a representative of hostile primary objects. Due to this fact some words cannot be used. When the patient is fairly free of fear and has demarcated himself from the therapist by conscious usage of the formerly forbidden words, a communication becomes possible which for the first time is not any longer a language on the level of primary process.

The dissociation between language and emotion will be overcome by the constant discussion about needs and emotions, fear and anger.

This means that within the limits of an arrested symbiosis language can be developed. This language, however, does not serve as communication but it serves to ward off conflicts. The conditions for language as an autonomous ego-function are demarcation, i. e. differentiation between subject and object. Thus language becomes an expression of ego-integration.

In the course of therapy it turnes out that this ego-function can easily be disturbed. Stress and regressive phases can lead to a change of the language level, even to a complete dissociation of language. On the whole, however, in the process of therapy new and steady language structures can be built up, which can be understood as a retrieval of ego-development.

Literatur

Ammon, G. (1968): Die „schizophrenogenic mother" in der Übertragung. In: Dyn. Psychiat. (1) 34
– (1969): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität. In: Dyn. Psychiat. (2) 63
– (1970): Ich-Struktur und Gesellschaft: Zur psychoanalytischen Kulturtheorie. In: Dyn. Psychiat. (3) 65

– (1973): Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten. In: Dynamische Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
– (1975): Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie unter besonderer Berücksichtigung psychotischer Strukturen. In: *Ammon, G.*, Hrsg.: Psychotherapie der Psychosen. (München: Kindler)
Bateson, G.; Jackson, D. D.; Haley, J.; Weakland, J. W. (1956): Towards a Theory of Schizophrenia. In: Behav. Science (I) 251–264
Ferenczi, S. (1909): Introjektion und Übertragung. In: Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. 12 (Bern und Stuttgart: Huber)
– (1913): Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes. In: Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. 1 (Bern und Stuttgart: Huber)
Lampl-de Groot, J. (1967): Die Zusammenarbeit von Patient und Analytiker in der psychoanalytischen Behandlung. In: Psyche (21) 73–83

Adresse der Autorin:
Dr. med. Dieta Biebel
Am Stutenanger 10
8042 Oberschleißheim

Sprachstörungen bei Borderline-Patienten**

Friedrich Diergarten*

Sprachstörungen gehören zu den Symptomen psychischer Krankheiten, deren Ursachen in der Therapie erkannt und geheilt werden sollen. Der Autor stellt die Frage, ob sich Sprachstörungen neurotischer und psychotischer Art abgrenzen lassen von sprachlichen Störungen bei Borderline-Patienten, und zwar in Hinblick auf sprachliche Struktur, Psychodynamik und therapeutische Behandlungstechnik.
Der sprachanalytische Zugang läßt sich mit Hilfe der Linguistischen Pragmatik gewinnen, einer Theorie, die Sprache nicht als individuelles, sondern als interpersonelles Geschehen betrachtet: Sprache konstituiert sich erst im Austausch von Sprechakten. Borderline-Sprachstörungen beziehen sich vor allem auf die Beziehungs- und Reaktionsebene. Der Sprecher steht nicht hinter seiner Sprache; darum wirkt sie unecht und löst Reaktionen aus, die Kommunikation abzubrechen oder zu entwerten.
Wie der Autor an Fallbeispielen zeigt, führt die Psychodynamik vieler Borderline-Patienten an einen Punkt in der frühen Kindheit, wo die Mutter sich als unfähig erwies, das Kind als sich entwickelnden, gleichberechtigten Sprechpartner anzuerkennen. Das Referat geht hier auf neuere Forschungen von René Spitz ein, der vom „entgleisten Dialog" in der Mutter-Kind-Beziehung spricht.
Abschließend legt der Autor dar, daß sich Borderline-Sprachstörungen nur im Rahmen einer „nachholenden Ich-Entwicklung" (*Ammon*) therapieren lassen. Der Therapeut muß sich dabei als aktiver Gesprächspartner verstehen, der dem Patienten die Möglichkeit bietet, eine eigene, auch sprachliche Identität zu finden.

Das wichtigste Instrument der psychoanalytischen Therapie ist die Sprache. Schon aus diesem Grunde gehören Sprachstörungen zu den Symptomen, deren Ursachen in der Therapie erkannt und geheilt werden sollen. Ich möchte mich in diesem Zusammenhang mit drei Fragen beschäftigen:

1. Lassen sich die oft beschriebenen Sprachstörungen neurotischer bzw. psychotischer Herkunft linguistisch abgrenzen von Sprachstörungen bei Borderline-Patienten?
2. Gibt es einen spezifischen Bezug zwischen der Borderline-Sprachstruktur und der dahinterstehenden Psychodynamik?
3. Welche therapeutische Behandlungsform ist angezeigt für Borderline-Sprachstörungen?

Versuch einer linguistischen Beschreibung von Borderline-Sprachstörungen

Bereits *Freud* und seine Nachfolger haben neurotisches und psychotisches Redeverhalten beobachtet und beschrieben, jeweils entsprechend dem Stand der Trieblehre und der Metapsychologie. Dabei galten neurotische Sprachstörungen als Kompromiß zwischen Trieb und Abwehr,

* Dr. phil., Psychotherapeut, Mitarbeiter am Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
** Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1.–4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

als symbolischer Ausdruck eines intrapsychischen Konfliktes. Dieser Ansatz ist auf verschiedenste Weise weiterentwickelt worden. Unter anderen haben *G. F. Mahl* (1956) und *E. Veron* und *C. E. Sluzki* (1971) versucht, bestimmten sprachlichen Fehlertypen entsprechende neurotische Störungen zuzuordnen. Demnach ist phobisches Sprechen zu erkennen am erhöhten Tempo, an verhältnismäßig vielen semantischen und grammatischen Verstößen, Auslassungen und abgebrochenen und wiederaufgenommenen Sätzen. – Demgegenüber bemüht sich der Zwangsneurotiker um peinlich korrekte Phonetik, Grammatik und Semantik. Er fällt jedoch auf durch viele Eh-Pausen, durch seine Lieblingsredensarten und Floskeln, die sein Bedürfnis nach Kontrolle widerspiegeln.

Die Sprache psychotisch reagierender Patienten, so hat *Freud* (1913) herausgestellt, ähnelt der Sprache des Traumes: Sie ist primärprozeßhaft, d. h. der Satzbau ist grammatisch und logisch desorganisiert. Für die Wortwahl ist kennzeichnend eine Neigung zur Körpermetapher, die ganz konkretistisch verwendet wird, d. h. ohne den sonst üblichen Sach- und Objektbezug. Dieser Ansatz ist vielfach aufgegriffen worden, am eigenständigsten von *Bateson, Jackson* und *Haley* (1956). In der bekannten Double-bind-Theorie verweisen sie auf die pathogene Kommunikation in der frühen Mutter-Kind-Beziehung und überwinden damit den individualistischen Ansatz bei *Freud*. In der Sprachstruktur schizophren reagierender Patienten wiederholt sich diese Dynamik: Der Patient ist unfähig, die sinngebende und Kommunikation stiftende Relation zwischen Subjekt, Prädikat und Objekt herzustellen oder zu entziffern oder aufrechtzuerhalten. Psychotisches Sprechen zeigt sich ferner in der Unfähigkeit, bei sich selbst oder beim Sprechpartner verschiedene Sprachebenen zu unterscheiden: den unterschiedlichen Verbindlichkeitsgrad einer Frage oder einer Antwort, den Kontrast zwischen Ernst und Humor, den Wechsel von Phantasie und Wirklichkeit beim Erzählen einer Geschichte.

Wie läßt sich nun die Borderline-Sprache abgrenzen vom neurotischen und psychotischen Sprachverhalten? Zur ersten Orientierung soll ein Fallbeispiel aus einer milieutherapeutischen Gruppe dienen. Herr S., ein Akademiker, hat Schwierigkeiten im Beruf, er trinkt, seine Ehe bricht auseinander. Was seine Sprache anbelangt, so ist sie immer dann, wenn es um praktische Fragen geht, durchschnittlich differenziert; sie ist grammatisch, semantisch und phonetisch korrekt. Die Sprechpartner, die milieutherapeutische Gruppe, reagieren dann auf gleicher Ebene: Die Sprache funktioniert. Sobald es jedoch darum geht, Beziehungen zu klären, verändert sich die Sprechweise. Die Stimme von Herrn S. wird dröhnend laut. Die Oberflächenstruktur der Sprache bleibt zwar korrekt, aber – und dies ist entscheidend – die Sprache kommt nicht an. Die Gruppe erlebt nicht nur die Stimme, sondern auch den Sprecher als hohl und brüchig. Auf der einen Seite nämlich beansprucht er häufig eine ganze Sitzung, in der er sich ausspricht und die Gruppe beredet, über-

redet, ihn zu verstehen und ihm etwas Freundliches zu sagen. Wenig später aber nimmt er alles zurück: eine Frage, eine Bitte, ein Versprechen sei nicht so wörtlich gemeint gewesen; auch die Gruppe habe es ja nicht ernst gemeint. Kein Wunder, daß die Gesprächspartner auf die Dauer wütend reagieren und neue Sprachangebote von vornherein ablehnen und entwerten: „Wir reden uns tot mit dir; du redest mal so, mal so; alles Theaterdonner und Geschwätz; nach zwei Minuten schalte ich ab."

Eine solche Sprache ist gestört. Nicht nur beim Sprecher selbst; die Kommunikation der gesamten Gruppe funktioniert nicht mehr in solchen Situationen.

Ich werde nun versuchen, mit Hilfe der Linguistischen Pragmatik die sprachliche Struktur einer solchen Kommunikation zu beschreiben. Die Linguistische Pragmatik ist eine Sprachtheorie, die als Reaktion auf den Strukturalismus in den sechziger Jahren vor allem in England entwickelt wurde von *Atkin* (1972) und *Searle* (1971), in Deutschland bekannt geworden durch *Dieter Wunderlich* (1972). Sprache ist nach dieser Theorie nicht ein individuelles Geschehen, sondern vollzieht sich im Austausch von Sprechakten zwischen wenigstens zwei Sprechern. Elementare Einheit der Sprache ist nicht ein abstrakter Laut, ein Wort oder ein Satz, sondern der lebendige, konkrete Akt des Sprechens selbst. In der Regel tritt er paarweise auf: als Frage und Antwort, als Behaupten und Bestreiten, Mitteilen und Akzeptieren usw. Zum Gelingen von Sprechhandlungen sind an Voraussetzungen zu erfüllen: gegenseitige Anerkennung der Sprach- und Handlungsfähigkeit, Aufrichtigkeit, Eingehen auf die gegenseitigen Erwartungen.

Im einzelnen untersucht die Linguistische Pragmatik in jedem Sprechakt vier Aspekte: 1. den Äußerungsakt selbst in seiner lautlichen und grammatischen Gestalt, 2. den propositionalen Akt, d. h. den Sachbezug, 3. – und hier geht es schon über die traditionelle Sprachbeschreibung hinaus – den illokutiven Akt, d. h. die Frage, als was die Äußerung gemeint ist in Bezug auf den Sprechpartner: als Frage oder als Antwort, als Versprechen, als Rat oder als Befehl usw., 4. den perlokutiven Akt: wie kommt der Sprechakt tatsächlich beim Partner an? Entspricht er seinen Erwartungen, und ist die Reaktion adäquat?

Vor diesem Hintergrund möchte ich nun folgende Abgrenzung wagen: Neurotisches Sprechen ist vor allem im Äußerungsakt selbst gestört, d. h. phonetisch und grammatisch. Psychotische Redeweise ist störanfällig auf allen vier Ebenen, d. h. phonetisch und grammatisch, im Sachbezug, aber auch und vor allem in der Beziehungs- und Reaktionsebene.

Demgegenüber ist zur Borderline-Sprache folgendes zu sagen: Sie ist im Äußerungsakt selbst und im Sachbezug korrekt. Störungen treten jedoch auf in der Beziehungs- und in der Reaktionsebene. Konkret äußert sich dies darin, wie das obige Fallbeispiel andeuten sollte, daß unklar

bleibt, ob die Sprache des Borderline-Patienten verbindlich ist: Er steht häufig nicht zu dem, was er gesagt hat; darum wird seine Sprache als unecht empfunden und löst Reaktionen aus, die Kommunikation mit ihm abzubrechen oder zu entwerten, sich hintergangen oder nicht ernst genommen zu fühlen.

Zur Psychodynamik der Borderline-Sprache

Herr S., den ich im obigen Fallbeispiel erwähnte, konnte im Laufe der Therapie erinnern, daß seine Mutter nur selten mit ihm gesprochen habe, daß es ungeheurer Anstrengungen bedurfte, er mußte toben und jammern, um sie zu einer Antwort zu bewegen. Er fiel der Mutter lästig, die Gespräche blieben bedeutungslos, der Kontakt riß immer wieder ab. Diese Dynamik wiederholte sich offenbar in Übertragung und Gegenübertragung innerhalb der therapeutischen Gruppe.

Ein häufiges Indiz für Borderline-Dialoge zwischen Eltern und Kindern ist die Unfähigkeit vieler Eltern oder Erwachsener, die Sprachebene des Kindes zu treffen. Sie versuchen sich anzupassen, anzubiedern, indem sie eine vermeintlich einfache Sprache verwenden wollen und darum – wie das häufig auch mit Ausländern geschieht – eine falsche Grammatik und Syntax, realitätsfremde und verniedlichende Wortbildungen und auch künstliche Tonlagen verwenden. Aber diese Sprache funktioniert nicht, sondern bewirkt genau das, was die korrupte Struktur eigentlich verbergen soll: eine falsche Beziehung, die weder auf der sachlichen noch auf der emotionalen Ebene den gegenseitigen Erwartungen entspricht. Der Erwachsene ist hier nicht in der Lage, sich einzufühlen und zu regredieren, zu regredieren „im Dienste des Kindes", um einen Ausdruck von *Kris* (1952) abzuwandeln. Das Kind aber wird auf diese Weise nicht ernst genommen und in Abhängigkeit gehalten. Hat es keine Ausweichmöglichkeit, keine anderen erwachsenen Partner, die ernsthaft und kontinuierlich mit ihm kommunizieren und sich ihm als echte Sprechpartner anbieten, so gewöhnt es sich an diese „unechte Gegenseitigkeit", es übernimmt und verinnerlicht die falsche Sprache eines „falschen Selbstes" im Sinne *Winnicotts* (1974) und wird nicht lernen oder wagen, seine eigenen Bedürfnisse auszusprechen. – Gesunde Kinder wehren sich gegen die falsche Sprache der Erwachsenen – das ist aus Schulsituationen bekannt –, indem sie sie nachäffen, sie dadurch als Geschwätz entlarven und sich selbst aus der falschen Beziehung befreien.

Besonders deutlich zeigte sich die Genese und die Struktur von Borderline-Sprachstörungen in der direkten Beobachtungssituation einer Familientherapie, die ich zusammen mit einer Therapeutin durchführe. Ein Elternpaar brachte die fünfjährige Claudia zur Therapie. Auffällig ist, daß die Eltern nicht miteinander sprechen können: Sie reden aneinander vorbei, beginnen gleichzeitig, unterbrechen sich ständig, entwerten ein-

ander und suchen dabei die Unterstützung der Therapeuten. Einziger Gesprächsstoff dieser gestörten Sprache, auch in der häuslichen Situation, sind die kranken Kinder. Auch die fünfjährige Claudia kann nicht sprechen; aber sie kann mit ihrem ganzen Körper „nein" sagen, wenn die Mutter versucht, mit ihr ein Sprachtrainingsprogramm zu absolvieren. Dann preßt Claudia die Lippen zusammen, wendet sich von der Mutter weg und zieht sich autistisch zurück. Auch die Mutter gibt dann schnell auf, sieht sich achselzuckend zur Therapeutin um, als wolle sie fragen: Was soll ich mit diesem Kind anfangen?

Dabei hatte sich Claudia zunächst durchaus normal entwickelt, auch sprachlich. Mit neun Monaten jedoch erlitt sie einen Trennungsschock, als die Eltern sie mehrere Tage der Großmutter überließen. Zur gleichen Zeit mußte Claudia geimpft werden, kränkelte plötzlich, ließ nicht mehr mit sich sprechen, wie die Mutter berichtet, sagte nicht einmal mehr Mama und Papa. Eltern und Ärzte führten das sprachliche Versagen des Mädchens auf die Impfung zurück; das sei aber alles nicht so schlimm, versicherten die Ärzte, und auch die Eltern waren überzeugt, Claudia werde das schon wieder aufholen. Das Gegenteil war jedoch der Fall, zumal die Mutter sich schon längere Zeit mit dem herzkranken älteren Bruder beschäftigen mußte und in Panik geriet, daß Claudia nun auch noch derart ihre Zuwendung in Anspruch nehmen könnte. Erst als das Kind zwei Jahre alt war und immer noch keine Besserung des Sprachvermögens eingetreten war, bemühten sich die Eltern auf Drängen von Freunden und Verwandten ernsthaft um ärztlichen Rat. Jetzt wird ein Sprachtrainingsprogramm verordnet, das die Mutter peinlich genau durchführt, obwohl Claudia sich immer wieder sträubt. Sie lernt zwar mühsam einige Worte, vor allem das angepaßte „Danke" und „Bitte", aber die Sprache bleibt schwer gestört; denn im Grunde genommen wollen Mutter und Kind gar nicht miteinander sprechen, weil sie enttäuscht sind voneinander und sich nichts zu sagen haben. Die Mutter hat – und das scheint mir typisch zu sein für die Psychodynamik von Borderline-Sprachstörungen – aus Enttäuschung und Überlastung den Dialog mit dem Kind abgebrochen, noch bevor Claudia ein eigenes „Sprach-Ich" (*Ammon,* 1973) entwickeln und sich aus der Symbiose mit der Mutter lösen konnte. Im Sprachtraining nimmt die Mutter den Dialog nur zum Schein wieder auf, in Wirklichkeit handelt es sich um eine „falsche Beziehung" im Sinne *Winnicotts*, es ist eine fassadäre Sprache, beide reden aneinander vorbei; das Sprechen macht ihnen keinen Spaß, weil es nicht einem spontanen Bedürfnis entspricht, sondern auf die Verordnung des Arztes und die Schuldgefühle der Mutter zurückgeht. Solange Claudia jedoch nicht sprechen lernt, ein „in-fans" bleibt, wie ein vielsagender Begriff der alten Römer das Kleinkind nannte, wird sie sich auch in anderer Hinsicht kaum weiterentwickeln; sie bleibt in der Symbiose mit

der Mutter verhaftet, solange die Mutter für das Kind spricht und das Kind im buchstäblichen Sinne nicht zu Worte kommen läßt.

Ohne einen Überblick über die entsprechende Literatur geben zu wollen, möchte ich in diesem Zusammenhang auf *Winnicott* und *René Spitz* hinweisen. *Spitz* (1974) beschreibt, daß die frühe Interaktion zwischen Mutter und Kind in einem gegenseitigen Geben und Nehmen besteht, das sowohl aktive als auch passive Verhaltensweisen verlangt. Dabei bilden sich Reihen von Ketten, deren einzelne Glieder „Aktionszyklen" darstellen und als „Urformen der Kommunikation", im weiteren Sinne gar als „Vorläufer des Dialogs" bezeichnet werden können. – Wenn nun Eltern das Verhalten ihrer Kinder nur auf ihre eigenen Erwartungen hin auslegen, so beginnen sie Gespräche, die den Bedürfnissen der Kinder nicht angemessen sind, und sie unterbrechen die Reaktionen darauf, bevor das eigentliche Bedürfnis ausgesprochen ist. Der Dialog mißlingt, oder, wie *R. Spitz* es nennt, „der Dialog entgleist".

Winnicott (1974) hat betont, daß die Integration des kindlichen Ich von der „primären mütterlichen Fürsorge" abhängt. Das bedeutet geradezu, daß die Mutter ihr Kind „schafft", auch – so muß man hinzufügen – seine Sprache, seine „Muttersprache". Sie tut das, indem sie sich mit dem Kind identifiziert, indem sie auf die spontane Lebendigkeit des Säuglings, etwa sein erstes Lallen, antwortend reagiert, das Kind anspricht im wahrsten Sinne des Wortes und wiederum aus-spricht für sich und das Kind, was sich in der gegenseitigen Beziehung entwickelt: an Gefühlen, an Bedürfnissen, an Enttäuschungen, an Erfahrungen. Dazu war Claudias Mutter nicht in der Lage, der Dialog entgleiste. Und das zu einer Zeit – mit 9 Monaten – (der Zeit der Achtmonatsangst), in der das Kind aus dem Stadium der „absoluten Abhängigkeit", wie *Winnicott* es nennt, in die Phase der „relativen Abhängigkeit" gelangen müßte; wozu gerade die sich entwickelnde Sprache eine entscheidende Rolle spielen würde: das Kind lernt, für sich selbst zu sprechen, ein eigenes „Sprach-Ich" zu entwickeln. Dazu aber muß die Mutter bereit sein, die Sprachfunktion an das Kind abzugeben.

Zur Therapie von Borderline-Sprachstörungen

Schon aus linguistischer Sicht läßt sich zur Therapie von Borderline-Sprachstörungen sagen: Bevor nicht die illokutive und die perlokutive Ebene der Sprache neu gelegt wird, d. h. bevor nicht die Tiefenstruktur der Sprache, die Fähigkeit und das Bedürfnis, eine Beziehung einzugehen, neu erworben wird, bleibt die Oberflächenstruktur fassadenhaft, „falsch"; denn Sprechakte werden nicht von Worten, sondern von Sprechern vollzogen.

Für die Therapie kindlicher Borderline-Sprachstörungen muß insbesondere gelten: Die Sprache des Kindes läßt sich nicht ohne die Sprache

der Mutter bzw. der Primärgruppe verstehen, geschweige denn therapieren. – Für Claudias Therapie stand fest: Bevor nicht die Mutter eine verstehende Antwort finden würde auf die Sprachnot ihres Kindes, würde Claudia nicht lernen wollen zu sprechen und deshalb in der Abhängigkeit von der Mutter verharren müssen.

Inzwischen ergänzen sich die Sprechsituationen in der Primärgruppe Claudias und in der Therapie. Mehr noch: Die wachsende oder sich verringernde Diskrepanz zwischen beiden ist Indikator für eine durchaus fruchtbare Dynamik. Während Claudia z. B. zu Hause ihren normalen, altersgemäßen Wortschatz erweitert und erste Satzstrukturen lernt, holt sie in der Therapie nach, was der Sprache eigentlich vorausgeht und sowohl Grundlage als auch Ausdruck der ersten Beziehung ist: lallen, babbeln, kreischen, prusten usw. Das sind Äußerungen, worauf Claudias Eltern zunächst noch ängstlich, enttäuscht, regulierend oder verbietend reagieren, weil sie die Diskrepanz zwischen Lebensalter und Sprechalter als Kränkung erfahren: z. B. auch den analen Wortschatz, den die Mutter zunächst überhört, nicht versteht oder dem Kind schief zurückgibt. So sagt Claudia beispielsweise beim Spielen mit Zucker „Kacke", und die Mutter antwortet dem verwirrten Kind: „Schön, daß du Danke sagst!" Es geht aber gerade darum, daß Claudias Eltern auch derartige Äußerungen annehmen und als Ausdruck von nachzuholenden Bedürfnissen in ihre Beziehung zu dem Kind aufnehmen und zur Sprache bringen.

Ich habe nie gehört, daß Claudia zu ihrer Mutter „Mama" oder ähnliches gesagt hätte. Aber den Namen ihrer Therapeutin rief sie schon bald allen vernehmbar durch das Institut. Damit setzte sie in der Therapie genau an der Stelle wieder ein, wo mit 9 Monaten der Dialog zwischen ihr und der Mutter „entgleist" war. Damals hatte sie das Wort „Mama" verloren, das Wort für die Mutter-Kind-Beziehung. In der therapeutischen Symbiose, in der „Symbiose zu dritt" (*R. Schneider*, 1974), in der die Mutter, das Kind und die Therapeutin während der Zeit der Therapie eine passagere Einheit bilden, nimmt sie als erstes dieses Wort wieder auf. Dabei bedeutet das Aussprechen des Namens der Therapeutin mehr als eine etikettenhafte Bezeichnung. Intonation und Gestik machen deutlich, daß es Ausdruck des jeweiligen Ich-Zustandes des Kindes und der primärprozeßhaft wahrgenommenen symbiotischen Beziehung ist; gleichzeitig auch Appell an die Therapeutin. Diese steigt dann in das Sprachspiel ein, antwortet in einer dem Kind verständlichen Sprache und drückt für sich und das Kind aus, was beide gerade empfinden. Dabei ist die Therapeutin dem Kind immer gerade so viel voraus, daß sie die vagen und noch unausgesprochenen Bedürfnisse des Kindes in Worte kleidet, so daß Claudia über das zu sprechen beginnt, was die Therapeutin ihr empathisch anbietet. Auf diese Weise bekommt das Kind allmählich Vertrauen, gerade mit Worten seine Welt

und immer neue Möglichkeiten der Beziehung zur Therapeutin zu gestalten. Mehr noch: die Therapeutin bzw. die „genügend gute Mutter" (*Winnicott,* 1965) verschafft dem Kind die Illusion, seine Welt zu „schaffen".

Dabei ist zu beobachten, daß gerade die ersten Worte bei Therapeutin, Kind und Mutter von ungeheurer Freude begleitet sind; ein mehr oder weniger bewußter Ausdruck dafür, daß hier wirklich etwas Kreatives geschieht, etwas Schöpferisches im wahrsten Sinne des Wortes. Gleichzeitig wird sichtbar, wie der beginnende verbale Kommunikationsprozeß eingebettet ist in die verschiedensten Ausdruckselemente präverbaler Art, wie Haut- und Blickkontakt, Gesten und Gebärden, Tonfall und Stimmführung. Therapeutin und Mutter müssen lernen, die „Körpersprache" des Kindes als averbale, aber primäre Sprache des Kindes wahrzunehmen, zu verstehen und adäquat zu beantworten. All dies hatte Claudias Mutter bisher versäumt, weil sie selbst und auch ihr Mann ein nur defizitär ausgebildetes Körper-Ich hatten und daher mehr auf die Psychosomatik des Kindes als auf seine eigentlichen Ich-Bedürfnisse reagieren konnten, eine Dynamik, die typisch ist für Borderline-Eltern und daher in der Therapie wiedergutgemacht werden muß, sowohl für die Eltern als auch für das Kind. Ein wesentliches Element des Erlernens der Sprache bzw. des Nachholens defizitärer Sprachentwicklung ist die Integration der Ich-Funktion Sprache in das Körper-Ich, das längst vor Einsetzen der verbalen Kommunikation durch die verschiedensten Signale sensorischer und motorischer Art mit der Mutter und der umgebenden Gruppe Kontakt aufzunehmen versucht, um seine primären Bedürfnisse auszudrücken.

Claudias Eltern geben sich alle erdenkliche Mühe, um in den therapeutischen Prozeß miteinzusteigen. Aus der anfänglichen Beratungssituation wird mit der Zeit eine Eltern-Kind-Therapie, in der die Eltern begreifen, daß Claudias Sprachlosigkeit ihren eigenen Konflikt ausdrückt: sie müssen lernen, selbst wieder miteinander zu sprechen und wie Claudia von vorne anzufangen.

Eines Tages berichtet die Mutter, Claudia fange zu Hause an, „nein" zu sagen. Neben dem trotzigen bevorzugt sie vor allem das fragende Nein: Darf ich nein sagen? *René Spitz* (1957) hat gezeigt, daß dieses erste Nein der „Ursprung der menschlichen Kommunikation" ist, Indikator für die erlebte eigene Identität; das Kind ist dabei, sich auch geistig von der Mutter abzugrenzen. Und je weniger die Mutter dies als Kränkung erfährt wie früher, als Claudia noch darauf angewiesen war, das Nein psychosomatisch-averbal auszudrücken und durch Verweigerung der Sprache auf die gesamte Mutter-Kind-Beziehung auszudehnen, umso mehr lernen beide – nicht nur das Kind –, sich gerade durch das Nein gegenseitig als Partner zu akzeptieren. Durch das gesprochene, tolerierte und daher nur partielle Nein lernen Mutter und Kind, die

notwendigen Frustrationen in der wechselseitigen Beziehung zu ertragen, damit die eigenen Grenzen, aber auch die eigene Identität zu erfahren.

Um Identität durch Kommunikation geht es auch in der Therapie von Sprachstörungen bei erwachsenen Borderline-Patienten. Dabei ist die sich entwickelnde Sprachfähigkeit zwischen Therapeut und Patient nicht nur ein diagnostisches Kriterium, sondern mehr noch „wirkende Kraft" (*Humboldt,* 1836) mit Ich-strukturierender Funktion im Sinne „nachholender Ich-Entwicklung", des von *G. Ammon* (1973) entwickelten therapeutischen Konzeptes für archaische Ich-Krankheiten. Sprache aber ist hier nicht nur eine beliebige unter vielen anderen Ich-Funktionen. *Jaques Lacan* (1956) sagt geradezu, daß es die Sprache ist, die das Ich als Identität fundiert, als Selbst-Bewußtsein, als sprechendes Subjekt. Sprache bestimmt die Identität auf der Grundlage der Intersubjektivität.

Zu alledem bliebe noch viel zu sagen. Manche Fragen sind noch offen, viele vielleicht noch gar nicht gestellt, z. B. die Frage nach einer umfassenden psychoanalytischen Sprachtheorie. Ich möchte schließen mit dem Hinweis, daß auch die schöngeistige Literatur in den letzten Jahrzehnten in immer neuen Motiven darzustellen versucht, wie der Mensch sein wahres Selbst verliert, wenn er eine entfremdete, eine „falsche" Sprache spricht. Ich erinnere an *Bernhard Shaw*'s (1914) Umformung des antiken Pygmalion-Motivs: Der ehrgeizige Professor bringt der Blumenverkäuferin Eliza zwar ein phonetisch korrektes Sprechen bei, vergißt aber, daß die Sprache der High Society Elizas Bedürfnisse nicht zum Ausdruck bringen kann. – Ich erinnere an *Peter Handkes* Bearbeitung des Kaspar-Hauser-Stoffes. Kaspar Hauser fehlen im wahrsten Sinne des Wortes die Ursprünge der menschlichen Kommunikation: Kein Mensch hat mit ihm gesprochen.

Dichtung kann faszinieren, sie kann auch provozieren, aber sie hat nur selten Menschen verändert. Die Psychoanalyse will mehr. Sie versteht sich als Behandlungswissenschaft (*Ammon,* 1974), die menschliches Leid verstehen und heilen kann. Seit ihren Ursprüngen ist der Erfolg der psychoanalytischen Therapie aufs engste mit der sich entwickelnden Sprachfähigkeit von Patient und Therapeut verknüpft. *S. Freud* (1916) ist gefragt worden, was eigentlich in der psychoanalytischen Therapie geschehe. Ich bin nicht erstaunt über die Antwort. Sie ist knapp, aber vielsagend: „Nichts anderes geschieht, als daß Patient und Arzt miteinander reden."

Speech Disturbances of Borderline Patients

Friedrich Diergarten

Language is the most important instrument of psychoanalytical therapy. Language disturbances, therefore, belong to those symptoms psychoanalytical therapy is concerned with. In his paper the author first deals with the question if neurotic and psychotic speech disturbances can be demarcated from speech disturbances of Borderline patients. *Freud* and the orthodox psychoanalysis understood neurotic speech disturbances as a compromise between drive and defence, *G. F. Mahler, Veron* and *Sluzki* gave detailed descriptions of phobical, compulsive and hysterical speech disturbances. Psychotic speech is bound to the primary process and similar to dream language and has its pathogenic origin in double bind situations of the early mother-child-relationship. In order to differentiate Borderline speech from neurotic and psychotic language the author refers to Linguistic Pragmatics, a theory which conceives of language not as of an intrapsychic process but as of an interpersonal exchange, describing four levels and aspects in each speech act: the utterance of speech (1), the propositional act which means the reference to things and situations (2), the illocutive act, concerning the logical and emotional reference to the partner (3) and the perlocutive act, which deals with the partner's adequate reaction (4). With reference to this theory the author differentiates language disturbances as follows: Neurotic speech is disturbed on the utterance level, psychotic speech on all four levels, whereas Borderline language disturbances originate in disorders on the illocutive and perlocutive level. The author then deals with the psychodynamics of Borderline patients and points out that they originate in pathogenic early mother-child-relationship, with mothers offering language to the child on the one hand but without having real emotional contact on the other hand, which leads to severe ego-development-disturbances. Then, in a case study, the author refers to a five year old girl who was unable to speak because her mother had interrupted her dialogue with the child at the age of nine months being disappointed with her. Although, two years later, at the doctor's recommandation, she had started a language training program, Claudia's speech capacity did not improve, the reason being that mother and child did not really want to speak, language being nothing but the facade of a "false self", which is typical of Borderline language, not only with children, but also with adult patients. Therapy, therefore, in such cases must start at the very point, where the ego-function of language was disturbed in early childhood.

Literatur:

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)
– (1974): Was ist psychoanalytische Therapie? In: Z. Psychother. med. Psychol. (24) 153–162
Atkin, S. (1972): Psychoanalytische Betrachtungen über Sprache und Denken. In: Psyche (26) 96–125
Bateson, G.; Jackson, D. D.; Haley, J.; Weakland, J. (1956): Toward a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science 1; dt.: Auf dem Wege zu einer Schizophrenie-Theorie. In: *Bateson, G.* e. a.: Schizophrenie und Familie (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
Freud, S. (1913): Das Unbewußte. G. W. X (London: Imago)
– (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. G. W. XI (London: Imago)
Humboldt, W. v. (1836): Über die Verschiedenheit des menschlichen Sprachbaus. Zit. nach: *Weisgerber, L.* (1962): Von den Kräften der deutschen Sprache, I (Düsseldorf: Schwann)
Kris, E. (1952): Psychoanalytic Explorations in Art (New York: Int. Univ. Press)
Lacan, J. (1956): Fonction et champ de la parole et du language en psychanalyse. In: Ecrits (Paris)
Mahl, G. F. (1956): Disturbances and Silence in Patient's Speech in Psychotherapy. In: J. of Abnormal and Social Psychology 53
Schneider, R. (1974): Die Technik der Simultantherapie beim kindlichen Borderline-Syndrom. In: Dyn. Psychiat. (6) 345–357
Searle, J. R. (1971): Sprechakte. Ein sprachphilosophischer Essay (Frankfurt: Suhrkamp)
Shaw, G. B. (1914): Pygmalion (London)
Spitz, R. (1957): No and Yes. On the Genesis of Human Communication (New York: Int. Univers. Press)
– (1974): Der Dialog entgleist. In: Psyche (28) 135–146
Veron, E., Sluzki, C. E. (1971): Ideology and Social Sciences: A Communicational Approach. In: Semiotica (1) 59–76
Winnicott, D. W. (1965): The Maturational Processes and the Facilitating Environment (London: Hogarth)
Wunderlich, D. (1972): Sprechakte. In: *Maas, U.; Wunderlich, D.:* Pragmatik und sprachliches Handeln (Frankfurt: Athenäum)

Adresse des Autors:
Dr. phil. Friedrich Diergarten
Quirinstraße 3
4000 Düsseldorf 11

Symbiotisches Defizit und Sprachlosigkeit**

Mechthild Kuhl*

Anhand zweier Fallbeispiele zeigt die Autorin die Ich-defizitäre Bedeutung und die Psychodynamik von Störungen des Sprach-Ichs im Sinne der Berliner Schule *(Ammon)*. Die Phänomenologie der nur rudimentär gebliebenen Sprach-Struktur der beiden dargestellten Patienten erstreckt sich für die hier folgenden Überlegungen auf die Erscheinungsformen der totalen Sprachlosigkeit, der Logorrhoe wie auf eine szenische Ersatzsprache, die das archaische Ich-Defizit widerspiegelt. Im Laufe des therapeutischen Prozesses wechselt eine schwere Psychosomatik, die das ursprüngliche Motiv für das Aufsuchen der psychotherapeutischen Behandlung gewesen ist und über die beide Patientinnen problemlos zu kommunizieren verstehen, mit Phasen völliger Sprachlosigkeit, welche die in der Übertragung erlebten frühkindlichen Verlassenheitssituationen zum Ausdruck bringen. Das gleichsam Ich-lose Schweigen hat dann eine doppelte, für die Dynamik des Borderline-Syndroms charakteristische Funktion: Die Schweigeperioden in der Analyse signalisieren die objektlose Indifferenz der primären Symbiose und gleichzeitig die tiefgreifende Beziehungslosigkeit, in der die Borderline-Patientinnen sich selbst und ihre Umwelt nur als Scheinrealität wahrnehmen können. Die szenische Ersatzsprache einer der Patientinnen bildet im Prozeß der nachholenden Sprach-Ich-Entwicklung einen weiteren Schritt, in welchem in einer archaischen Weise des Ausagierens die primärprozeßhaft-symbiotische Kommunikation wiederholt wird. Zu dieser Wiederholung ihrer symbiotischen Kindheitssituation kann sich die eine der Patientinnen nur völlig distanzlos verhalten, so daß erst die Therapeutin als Con-Ego die Verbindung zum sekundärprozeßhaften Verstehen herstellen kann. In einem gewissen Sinne steht die Persönlichkeit der Therapeutin in Analogie zum dritten Objekt, zu dem gerade Borderline-Patienten greifen, aus Angst vor ihren desintegierten Ich-Anteilen und den Folgen der Ich-Diffusion. Die Autorin untersucht ebenfalls die Ich-Abwehr-Funktion der Logorrhoe im Zusammenhang mit dem Schweigen. Schweigen und Logorrhoe sind dabei nicht im Sinne des Neurosenkonzeptes als Verdrängungsleistungen zu deuten, sondern als Ausdruck einer Ich-Entwicklung, deren Defizite sich im Sprach-Ich reproduzieren, wobei sich bei der Logorrhoe das Defizit auf die Körper-Ich-Ebene erstreckt.

Ich möchte in meinem Referat einen Beitrag leisten zum Verständnis der Kommunikationsweise von Borderline-Patienten anhand klinischen Materials. Ich beschränke mich dabei auf das Phänomen der Sprachlosigkeit als Ich-Defekt und zwar in den Erscheinungsformen

- der totalen Sprachlosigkeit,
- dessen Abwehr in der Logorrhoe
- und einer relativ Ich-losen „szenischen Ersatzsprache", in der das primäre symbiotische Defizit primärprozeßhaft kommuniziert wird.

Ich stütze mich dabei auf anamnestisches Material und Fragebögen, sowie die Protokolle der Therapien, die beide noch nicht abgeschlossen sind, die aber – wie ich meine – exemplarisch diese Ich-defizitäre Kommunikation belegen können.

* Mechthild Kuhl, Psychotherapeutin, Mitarbeiterin am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

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

Die beiden Patientinnen, über die ich berichte, suchten im Zusammenhang mit einer schweren psychosomatischen Symptomatik die Therapie auf. Der Aspekt, unter dem ich sie vergleichen möchte, ist ihr Sprachverhalten im Verlauf der Therapie.

Bei der Patientin H., die wegen eines Gebärmuttermundkrebses behandelt worden war, tritt periodisch totale Sprachlosigkeit auf; bei der Patientin G., die an einer Anorexia nervosa und einer chronischen Dünndarmerkrankung (Morbus Crohn) leidet, sind häufig logorrhoische Phänomene zu beobachten.

Die Kindheitssituation beider Patientinnen ist durch einen frühen Objektverlust gekennzeichnet, den ich weiter unten differenzieren werde. Zunächst möchte ich das periodische Schweigen der Patientin H. beschreiben. Ich sehe die Patientin zweimal wöchentlich im Sitzen. Die Therapie erstreckt sich bisher über einen Zeitraum von zwei Jahren.

Die Patientin, eine adrette, gepflegte Frau, kam zur Therapie nach einem mehrmonatigen Krankenhausaufenthalt, bei dem sie wegen des Gebärmuttermundkrebses mit Radium-Röntgen-Bestrahlung behandelt worden war. Vor sechs Jahren hatte sie sich nach zehnjähriger Ehe scheiden lassen. Ihr geschiedener Mann lebte aber noch immer in ihrem Haushalt wegen der Kinder (zwei Söhne, 15 und 13 Jahre alt), da sie mit ihrem Tod habe rechnen müssen. Sie arbeitete inzwischen wieder in ihrem alten Beruf.

Sie selbst ist das älteste von drei Kindern. Ihre Mutter hatte sie willenlos einige Wochen nach der Geburt der Großmutter mütterlicherseits überlassen, und sie wurde im Alter von sieben Jahren schließlich von den Großeltern adoptiert. Sie durfte die am gleichen Ort wohnenden Eltern und Geschwister nicht besuchen. Die Großmutter schikanierte sie sadistisch, schlug sie, verlangte Gehorsam ohne Widerrede, verbot ihr, vorlaut zu sprechen, und ließ sie oft allein. Einzige Zuflucht war das abendliche Geschichtenerzählen des Großvaters, der jedoch als zu schwach erlebt wurde, als daß er die Patientin vor der Großmutter hätte schützen können. Die häufigen Verletzungen am Mund, die die Patientin für die Zeit des Schuleintritts erinnert, habe die Großmutter damit kommentiert, es geschähe ihr recht, weil sie soviel Unsinn rede. Der „Unsinn" war die stetige Frage nach der Mutter und warum sie nicht bei ihr leben dürfe.

Diese Beziehung zur Großmutter, Sprechverbot, Todeswünsche, sadistische Quälereien und willenloses Gehorchen, erlebte die Patientin in ihrer symbiotischen Beziehung zu ihrem Mann wieder, und zwar verstärkt seit dem dritten Lebensjahr des jüngsten Kindes. Als die Großmutter gestorben war, dachte sie erstmals an Scheidung, sie bestand schließlich darauf nach einer auf Drängen des Mannes vorgenommenen Schwangerschaftsunterbrechung.

Über ihre Lebensgeschichte sowie über konkrete Dinge zu sprechen, fiel der Patientin nicht schwer. Eine Frage jedoch, wie sie sich fühle,

bzw. in einer bestimmten Situation gefühlt habe, beantwortete sie mit einem totalen Schweigen, das von einem leeren, völlig verlorenen Gesichtsausdruck begleitet war. Ich konnte sie in solchen Schweigeperioden überhaupt nur erreichen, wenn ich versuchte, ihr momentanes sprachloses Befinden mit Sprache zu füllen, und für sie, an meinen Gegenübertragungsgefühlen orientiert, jeweils ihre Trauer, Verlassenheit, Hilflosigkeit oder Wut ausdrückte. In zunehmendem Maß empfand sie es als freundlicher, daß ich ihr Schweigen mit ihr ertrug. Es waren in der Gegenübertragung deutlich Gefühle zu spüren, die ihren symbiotischen Wünschen entsprachen, die aber immer wieder störbar waren durch Gefühle totaler Unbezogenheit.

Ich sehe hier eine Entsprechung zu dem Phänomen, das *M. Khan* (1963) beschreibt im Rahmen der Analyse eines Adoleszenten, der bei sonst intelligentem Sprechverhalten über die Dauer eines Jahres in Zustände tiefen Schweigens verfiel, die *Khan* in muteness (aggressiven Inhalts) und silence (als Ausdruck von Fusionstendenzen) differenziert und die beide die primäre Kontaktlosigkeit zwischen Mutter und Sohn in der frühen Symbiose signalisieren. Sie werde im Schweigen wiederholt und im Sinne eines acting out in die Therapie eingebracht.

Die Patientin hat nach einjähriger Therapie erstmals äußern können, wie sie sich innerhalb dieses Schweigens fühlt. Es sei wie eine Mauer, sie glaube, sie werde bald sprechen können, sie fühle sich jetzt schon lange nicht mehr so tot.

Sie erinnerte sich auch genau daran, daß ich in der Gegenübertragung anfangs meinte, sie schwiege aus Trotz. Erst als ich begonnen hätte zu sprechen, habe sie sich verstanden gefühlt.

Die Patientin war zeitweise akut suizidal, konnte dies jedoch ebensowenig äußern wie ihre Gefühle der Therapeutin gegenüber. Sie bezeichnete die Therapeutin undifferenziert als „ruhigen Pol", dennoch empfinde sie als schlimm, wenn sie nicht sprechen könne. Das Schweigen trat verstärkt auf parallel zu erheblichen Ängsten, die Krebserkrankung könne wieder aufleben, bzw. es könnten Tochtergeschwülste diagnostiziert werden. (Dabei blieben die Nachuntersuchungen ohne positiven Befund.)

Die Schweigeperioden konnten sich über drei Viertel der Sitzungen erstrecken. Wenn ich die Patientin mit kommentierendem, d. h. fütterndem und gelegentlich interpretierendem Sprechen erreicht hatte, war es ihr möglich, Verlassenheitssituationen aus der Kindheit zu erinnern. Gefühle dazu zu äußern, war sie nicht imstande. Sie berichtete wie über einen fremden Menschen. Sie leugnete stets, in der Beziehung zur Therapeutin die Beziehung zur Großmutter wiederzuerleben. Diesem Erleben entsprach das totale Schweigen.

Die in der Übertragung erlebte Verlassenheit konnte erst verbalisiert werden, wenn sich außerhalb der Therapie etwas ereignete, das es ihr möglich machte zu verstehen, was die Schweigeperioden signalisierten:

eine objektlose Ununterschiedenheit zugleich mit einem totalen Unbezogensein, in dem sie sich völlig inexistent fühlte, indem sie nur eine Scheinexistenz gewinnen konnte, wenn sie über konkrete Inhalte sprach.

So war sie einmal unter einen anfahrenden Bus gefallen. Sie hatte sich dabei über die erschrockenen Fahrgäste und den verstörten Busfahrer gewundert, war ihrer Arbeit wie gewohnt nachgegangen und konnte die suizidale Aktion erst an meiner Erschütterung und Entrüstung begreifen. Dieses Ereignis, das zunächst als ein destruktives Ausagieren zu sehen ist, möchte ich im kommunikativen Prozeß als die „szenische Ersatzsprache" der Patientin bezeichnen, da es ihr regelmäßig nach dem Bericht von Begebenheiten möglich wurde, Gefühlsqualitäten zuzulassen, und zwar zu weiten Teilen identifikatorisch zu meiner Reaktion. Diese szenischen Berichte konnten ebenso sie selbst wie andere Personen betreffen. Sie berichtete sie stets völlig ohne Gefühle. Der kommunikative Gehalt betraf jeweils ihre negative Übertragung.

War schon die Wohnungsrenovierung zu Beginn der Therapie in diesem Sinne eine primärprozeßhafte Inszenierung des Neubeginns gewesen, so mehrten sich diese Berichte mit der Übertragung und der Regression auf eine archaische Entwicklungsstufe, für die offenbar keine Sprache zur Verfügung stand. Sie berichtete z. B. von Einbrüchen in ihrer Firma, davon, daß sie bestohlen worden war, davon, daß das neugeborene Kind ihrer Nichte einen schweren Herzfehler hatte.

Unter dieser „szenischen Ersatzsprache" – wie ich dieses Phänomen nennen möchte – verstehe ich, sofern die Patientin das Subjekt ist, eine spezifische Art des acting out, das nicht so sehr die Qualität irrationaler Aktivität hat, als vielmehr die des habituellen In-Szene-setzen als einer Form des Erinnerns (*A. Freud,* 1936; *Greenacre,* 1950; *Stein,* 1970).

In dieser primärprozeßhaften Kommunikation war die Patientin nicht fähig, einen Bezug zu sich selbst herzustellen, d. h. die primärprozeßhaften Inhalte selbständig sekundärprozeßhaft zu bearbeiten.

Ich fungierte somit als Hilfs-Ich, das diese Vermittlungsfunktion zu leisten hatte. So konnte die Patientin auch wiederholt Träume ihres Mannes berichten, aber nicht eigene Träume, wohl weil die Übersetzungsleistung von primär- zu sekundärprozeßhafter Wahrnehmung im berichteten Traum schon geleistet ist. (Der Bericht eines ersten Traumes fiel zusammen mit der im Verlauf der Therapie möglich gewordenen endgültigen Trennung von ihrem Mann.)

Die szenische Ersatzsprache ohne diese Ich-Leistung möchte ich abgrenzen von einer Kommunikation über das dritte Objekt, das der Patient verwendet aus Angst vor einem verdrängten Inhalt oder aus Angst vor einer Ich-Diffusion. Hier war eine Ich-Diffusion nur in den Schweigeperioden wahrzunehmen, und zwar solange wie ich ebenfalls schwieg.

Sobald ich zu sprechen begann, reagierte die Patientin zunehmend mit offenerem, lebhafterem Gesicht. Ihre anschließenden Kontaktversuche

durch solche szenischen Berichte stellten jedoch gleichzeitig eine Kontaktabwehr durch die primärprozeßhaften aggressiven Inhalte dar. Ich sehe darin einen verstümmelten Abgrenzungsversuch, der ähnlich dem psychosomatischen Symptom die offenen Ich-Grenzen notdürftig schließen soll. Die szenische Ersatzsprache ist daher meines Erachtens eine Ich-Leistung auf der primärprozeßhaften Sprachebene eines Kindes, dessen Sprach- und Wahrnehmungsvermögen noch vor der hochdifferenzierten Verwendung des Ichs als syntaktischer Einheit liegt, wo keine hypothetischen Sätze gebildet werden können und wo Geschichten und Phantasien mit beliebigen Subjekten das logische Gefüge bilden. Diese Sprach- und Wahrnehmungsweise hat eine Parallele im primärprozeßhaften Inhalt des Traumes, dessen syntaktische Logik aus Szenen besteht (*Freud*, 1900).

Es ist die Sprech- und Wahrnehmungsweise des Kindes innerhalb der frühen Mutter-Kind-Symbiose, aus der es sich in einem allmählichen Prozeß löst. Er beginnt mit dem ersten Nein und sollte freundlich gestattet sein zum Zeitpunkt der Verwendung des grammatikalischen Ichs als einem abgegrenzten Subjekt, das über antizipierendes Denken verfügt.

Ich meine damit nicht das „Ich", das das Kind zunächst verwendet, um seinen Namen zu ersetzen, etwa im Alter von zwei Jahren, sondern das „Ich", das in logischen Gefügen, hypothetischen Sätzen zur Verfügung steht, beginnend etwa um das 3./4. Lebensjahr.

Die psychosomatische Symptomatik der Patientin soll hier nur insoweit in Betracht gezogen werden, als diese ein Indiz ist für eine offene, nur durch das Symptom notdürftig geschlossene Ich-Grenze. Ich schließe mich der Erklärung der Ätiologie des psychosomatischen Symptomverhaltens *Günter Ammons* (1974a) an. Im hier dargestellten Zusammenhang erscheint mir gerade der Aspekt von Wichtigkeit, daß im Verlauf des Heilungsprozesses der Verzicht auf das Symptom einhergeht mit der Angst vor einer Ich-Diffusion. Die Patientin ist seit drei Jahren ohne Befund.

Ferner möchte ich das Verlassenwerden der Patientin durch die Mutter als Preis für deren Abgrenzung von der Großmutter und die ständigen Verletzungen am Mund beim Eintritt ins Schulalter als eine Symbioseproblematik über drei Generationen verstehen, die im Ausbruch des Gebärmuttermund-Krebses kulminierte.

In der Auseinandersetzung um eine Kanada-Reise, bei der die Patientin mich wie die böse, alles verbietende Großmutter erlebte, die ihr den Kontakt zu ihrer Familie verbot – die Patientin wollte ihren Bruder besuchen –, konnte die Patientin erstmals nach eineinhalb Jahren Therapie eine offene und direkte Auseinandersetzung mit mir führen, nachdem sie vor der Äußerung des Reisewunsches noch einmal in tiefes Schweigen verfallen war.

Die zweite Patientin, die eine ähnliche Störung im Bereich des Sprach-Ichs aufwies, ist eine 22jährige zierliche Arzthelferin. Frau G. kam vor 10 Monaten mit einer anorektischen Problematik in Verbindung mit

einer chronischen Dünndarmerkrankung in einem lebensbedrohlichen Zustand zur Therapie. Sie war vor zwei Jahren stationär behandelt worden und seitdem in ambulanter internistischer Behandlung. Sie kam auf Anraten des Internisten. Ich sah die Patientin zweimal wöchentlich im Sitzen, bis nach vier Wochen eine erneute stationäre gastroenterologische Behandlung notwendig wurde. Sieben Monate lang besuchte ich sie im Krankenhaus und telephonierte mit ihr.

Ihr psychosomatisches Symptomverhalten des Nicht-essen-könnens, bzw. Sich-ständig-erbrechen-müssens spiegelte sich in einem auffallenden sprachlichen Phänomen. Sie gebrauchte stets die Wortverbindung ja-nein, worauf sie in einem logorrhoischen Redeschwall sowohl das Ja als auch das Nein begründete. Gefühle konnte sie nicht verbalisieren und sprach in einer Weise, als müßte sie mich domestizieren, hypnotisieren und ständig füttern.

Im Widerspruch dazu stand das Bedürfnis der Patientin, sich auf die Couch zusammengekuschelt hinzusetzen. Sie fand den Sessel zu unbequem, entschuldigte sich aber, daß sie so große Wünsche habe.

Frau G. behauptete, über sich schon alles zu wissen, sie analysiere sich selbst bereits seit zwei Jahren. Sie habe zuwenig Liebe erlebt in ihrer Kindheit und sei vor zwei Jahren nur deshalb krank geworden, weil sie auf dem Weg zur Arbeit regelmäßig an einer Klinik vorbeigekommen sei. Sie habe sich dabei danach gesehnt, dort im Bett zu liegen. Schon als Kind sei sie nur wichtig genommen worden, wenn sie krank war.

Die primäre Familiendynamik dieser logorrhoischen Patientin war gekennzeichnet von den Verselbständigungsversuchen der Mutter, die aus großbürgerlichem Hause stammend einen Automechaniker geheiratet hatte, der in der Erinnerung der Patientin blaß und schwächlich wirkte. Die Patientin war geboren worden, um diese Heirat gegenüber der Großmutter durchzusetzen. Sie wurde nach der Geburt zunächst zwischen Mutter und Großmutter hin- und hergeschoben und verblieb dann bei der Großmutter. Die Eltern zogen in eine andere Stadt, um sich eine Existenz aufzubauen. Sie meint, durch Essensverweigerung Aufmerksamkeit ertrotzt zu haben. Die Großmutter habe sie jedoch immer aufgefordert, sich nicht so anzustellen. Einzige freundliche Bezugsperson war eine alte Kaufmannsfrau in einem benachbarten Laden, wo sie sich oft aufhielt, die sie auch heute noch besucht. Der Großvater war ein strenger Herr mit militärischem Befehlston, der die Verbindung der Tochter mißbilligte. Als ein Bruder geboren wurde – sie war 6 Jahre alt – durfte die Patientin zu den Eltern ziehen. Ihren Bruder wollte sie damals stets aus dem Fenster werfen. Die Eltern sind inzwischen geschieden. Die Patientin hat eine freundliche Beziehung mit idealisierenden Zügen zur zweiten Frau des Vaters.

Auffällig war bereits in den anamnestischen Gesprächen, daß die Patientin über ihre gegenwärtige Situation vordergründig sehr leicht

defizitären Erlebnisweise auf einer ganz frühen Körper-Ich-Ebene. Interessantes Detail: Kontaktaufnahmen ihrerseits begann sie gewöhnlich damit, daß sie etwas über meine Kleidung sagte. Dieses Defizit aufzufüllen bzw. es in Sprache zu verwandeln, hat zur Voraussetzung einen Aufbau von kohärenten Ich-Grenzen. Die Abgrenzungsfunktion mußte ich zu diesem Zeitpunkt voll übernehmen, lange Zeit bildete sie stellvertretend das Intensivzimmer. Im Unterschied zur Patientin H. stand der Patientin G. in ihrer Krankenhaussituation eine szenische Ersatzsprache zur Verfügung, die identisch war mit der Realsituation. Für sie war die Krankenhaussituation bis hin zum säuglingshaften Dahindämmern Realität und damit sehr psychosenah. Ihre Beziehung zu mir war dementsprechend saugend symbiotisch. Ich behielt in meinem Kontakt daher eine realitätsnahe Ebene bei.

Erste Abgrenzungsversuche zeigten sich im Neinsagen und daran, daß sie mich beschimpfen konnte, weil sie mich zu früherer Zeit erwartet und herbeigewünscht hatte, als ich es angekündigt hatte. In diesem aggressiven Kontext konnte die Patientin erstmalig äußern, daß sie ihr Leben jetzt in die Hand nehmen und ihre Situation nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes nun ins Auge fassen wolle. In dem Maß, wie sie meine Kontaktangebote annehmen konnte und mir vertrauen konnte, sprach sie immer mehr über Pferde und Menschen und weniger über Autos. Die Patientin ist inzwischen aus der Klinik entlassen und setzt ihre Therapie ambulant fort.

Ich habe mich bei beiden Fallbeispielen auf die defizitäre Kommunikationsweise der Patientinnen in der Therapie beschränkt unter Vernachlässigung des Aspektes der psychosomatischen Problematik. Dabei ist das Anliegen meines Referates, einen Beitrag zur Verifizierung folgender Thesen zu leisten:

1. Das Schweigen des Borderline-Patienten ist, sofern es regressiven Charakter hat, keine zielgerichtete Weigerung – also keine Ich-Leistung im Sinne des Widerstands oder der Verdrängung – sondern eine partielle, defizitäre Störung im Sprach-Ich.

Sie beruht auf einer momentanen Unfähigkeit einer Trennung zwischen Subjekt und Objekt und hat daher weder Symbolisation noch Abstraktion im diskursiven Denken zur Verfügung.

Sie signalisiert ferner die archaische negative Übertragung bzw. die Regression auf die Stufe der sehr frühen symbiotischen, und zwar defizitären Beziehung.

2. Das regressive Schweigen und dessen logorrhoische Abwehr ist ein Indiz für eine defizitäre Entwicklung vor dem Erwerb des Sprach-Ichs, da der archaische Ich-Kontext auch bei Aufhebung des Schweigens nur in einer agierenden szenischen Ersatzsprache verbalisiert werden kann – was einem Identitäts- und Abgrenzungsverbot und dessen Restitutionsversuch entspricht.

Symbiotic Deficit and Speechlessness

Mechthild Kuhl

The author describes and discusses deficient modes of communication in the psychoanalytic therapy in the form of silence and logorrhea on the basis of two case studies.

In the cases of two patients suffering from psychosomatic illnesses (anorexia nervosa, portio cancer) severe disturbances of the ego-function of language (*Ammon*) was observed.

In the therapeutic sessions the patients were able to speak congruently about their psychosomatic symptoms, their apparently sane life situations and their obviously symbiotic partner relationships.

With the beginning of transference and regression processes suddenly the patients discontinued to speak. There were periods of total muteness and a generalized incapability to speak about themselevs as soon as their feelings were concerned.

At the same time the patients acted out these feelings in their life situations – a phenomenon which the author understands as a totaly unconscious scenic language surrogate.

The primary family situation of the patients had been characterized by similar dynamics. Both had been abandoned by their mothers immediately after their births and had been brought up by their grandmothers who, because of their guilt feelings towards their daughters, had not been able to answer but the child's basic bodily needs.

Muteness or logorrhea in this observed combination with the scenic language surrogate can not be understood as a manifestation of resistance phenomena. They are the expression of a deep regression to a preverbal state of ego-development, which proves an archaic ego-deficit comparable to a psychotic reaction.

In the therapeutic situation it was obvious that the "contents" of this deficient regressive communication during the silent (or logorrhoic) periods had the qualities of unexpressed diffuse agression as well as a generalized breaking down of contact. Therefore this mode of communication the therapist can only answer adequately by the constant control of the countertransference feelings in order to enable the patient to build up a consistant ego-boundary.

By the muteness as well as by the psychosomatic symptom formation the patient proves that he had never attained a mature state of ego-development. In this sense the author points out that the muteness caused by a deficient development of ego-functions (e.g. the ego-function of language) should be differenciated from an incapability to verbalize because of repression and compromise formation.

Literatur:

Ammon, G. (1972a): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223–251
– (1972b): Zur psychoanalytischen Theorie der psychosomatischen Reaktion. Vortrag II. Int. Congress Int. College Psychosom. Med. Proceedings (Basel: Karger)
– (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
– (1974a): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
– (1974b): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik – Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung. In: Dyn. Psychiat. (7) 201–213
– (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (5) 317–348
Greenacre, P. (1950): General Problems of Acting Out. In: Psychoanal. Quarterly (19) 455–467
Freud, A. (1936): The Ego and the Mechanisms of Defence (London: Imago)
– (1968): Acting Out. In: Int. J. Psychoanal. 49, 165–170
Freud, S. (1900): Die Traumdeutung. Ges. W., Bd. II/III (London: Imago)
– (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Ges. W., Bd. X (London: Imago)
Khan, M. (1963): Silence as Communication. Bull. of the Menninger Clinic (27) 300–317
Schwidder, W. (1965): Psychosomatik und Psychotherapie bei Störungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes. Acta psychosomatica (7) Basel
Searles, H. (1960): The Nonhuman Environment (New York: Int. Univ. Press)
Spitz, R. (1957): No and Yes. On the Beginning of Human Communication (New York: Int. Univ. Press)
– (1969): An Genetic Field Theory of Ego-Formation. In: The Freud Anniversary Lecture Series (New York: Int. Univ. Press)
Stein, M. (1970): States of Consciousness in Acting Out. In: J. Am. Psychoanal. Ass. (18) 631–643

Adresse der Autorin:
Mechthild Kuhl
Normannenplatz 2
8000 München 81

Splitting und multiple Symptombildung als Ausdruck einer Borderline-Persönlichkeit**

Fritjof Winkelmann*

Der bei Borderline-Persönlichkeiten dominante frühe Abwehrmechanismus des Splitting und die hier häufig zu beobachtende multiple Symptombildung resultieren aus einer frühen Ich-Schädigung mit der Folge einer spezifischen Integrationsschwäche eines vielfältig zersplitterten Ichs, welche Ammon als Charakteristikum der Borderline-Persönlichkeit beschrieb.
Nach Meinung des Autors sind Splitting und multiple Symptombildung die Folge und Reproduktion desintegrierter Realbeziehung im ersten Lebensjahr und stellen eine verinnerlichte Beziehungsmodalität aus der Zeit der Mutter-Kind-Symbiose dar. Sie treten vor allem in schweren Verlassenheitssituationen auf und dienen der Abwehr einer gefürchteten Ich-Desintegration in der Psychose.

Melanie Klein (1932) entdeckte das bei Borderline-Kranken zu beobachtende Splitting im Ich und Objekt als einen die ersten Lebensmonate des Kindes in der paranoid-schizoiden Position mit den Beziehungen zu Teilobjekten kennzeichnenden Abwehrmechanismus und beschrieb ihn als „Desintegration des Ichs" zur Abwehr einer Angstüberflutung nach Versagen der übrigen frühen Abwehrmechanismen. Die von *Anna Freud* (1936) entdeckten späteren neurotischen Abwehrmechanismen führte sie auf das Splitting zurück. Alle guten Erfahrungen des Kindes, die realen wie die phantasierten, werden nach Spaltung und Leugnung von Verfolgung einem Idealobjekt zugeschrieben, dessen Besitz und Identität das Kind ersehnt. Mit dem Splitting ist eine verstärkte Idealisierung des Idealobjektes verbunden, um es vom bösen, verfolgenden Objekt fernzuhalten und zu schützen, auf das nach *Melanie Klein* ein Teil des Todestriebes projiziert wird. Je extremer die Idealisierung, umso eher lassen sich die Verfolgung magisch und omnipotent leugnen und paranoide Ängste vermeiden. Trotz ihrer subtilen Beobachtungen hielt *Melanie Klein* an dem von *Sigmund Freud* (1894) in seiner Studie über „Die Abwehr-Neuropsychosen" geprägten Begriff der „Abwehr" als „Sträuben des Ichs gegen peinliche und unerträgliche Vorstellungen und Affekte" und an einer Ambivalenz zwischen Libido und spekulativem Todestrieb fest.

Helene Deutsch (1942) verließ bei der Schilderung der „Als-ob-Persönlichkeit" bereits die Sichtweise einer intrapsychischen Triebabwehr und beschrieb stattdessen die Findelheim-Atmosphäre von Borderline-Familien mit ihrer „affektiven Defiziens" und dem Fehlen emotionaler Wärme

* Dr. med., Facharzt für Innere Krankheiten, Psychoanalytiker, Mitarbeiter des Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
** Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1.–4. 10. 1976, Universität Düsseldorf

auf seiten der Mutter, die die Kinder erst gar nicht zu Objektbeziehungen gelangen läßt. *Kernberg* (1967, 1968, 1974) macht für die Genese des Borderline-Syndroms und seiner Abwehrmechanismen Splitting, Idealisierung, Projektion und Omnipotenzvorstellungen frühe Schädigungen des Ichs aufgrund starker Frustrationen verantwortlich und sieht wie *Knight* (1953), *Shaskan* (1956) und *Ammon* (1973) eine spezifische Schwäche in der Integration eines vielfältig zersplitterten Ichs als Charakteristikum der Borderline-Persönlichkeit.

Günter Ammon (1972) versteht die Borderline-Persönlichkeit und ihre Abwehrmechanismen und Symptome im Rahmen seines Ich- und Gruppenkonzeptes, in dessen Mittelpunkt die Ich- und Identitätsentwicklung des Kindes in der Primärgruppe steht. Deren Kommunikationsfähigkeit, Flexibilität, Abgrenzungs- und Integrationsfähigkeit werden dem Kind vermittelt. Dabei spiegeln die frühen Abwehrmechanismen des Borderline-Kranken ein Mißlingen der frühkindlichen Mutter-Kind-Symbiose wider. Das Splitting des Borderline-Kranken resultiert aus der mütterlichen Spaltung der kindlichen Erfahrungen in einen guten Restteil und einen bösen Großteil kindlicher Kommunikationsbedürfnisse. Das Splitting des Kranken stellt demnach eine verinnerlichte Beziehungsmodalität zwischen Mutter und Kind dar. Sein Abwehrcharakter wird in der Unfähigkeit deutlich, stabile und kontinuierliche Objektbeziehungen einzugehen. Statt dessen kommt es zu „schattenhaften Beziehungen . . ., die nur solange aufrechterhalten werden können wie die Grundlagen der Kontaktlosigkeit aufrechterhalten werden können" (*Ammon*, 1972).

Das dahinterliegende Symbiose-Bedürfnis des Borderline-Kranken, das z. B. mit Hilfe des Splitting als gefährlich abgewehrt werden muß, kann durch Symptome verschlüsselt ausgedrückt und in Bereichen zugelassen werden, die die Mutter relativ angstfrei dem Kind anbieten konnte. Darüber hinaus dienen die Symptome des Borderline-Kranken nicht mehr wie in der Neurose dem Ausdruck intrapsychischer Konflikte zwischen den entwickelten psychischen Instanzen, sondern müssen aufgrund der frühkindlichen Erfahrung einer defizitären oder destruktiven Symbiose ein strukturelles Ich-Defizit decken (*Ammon*, 1972), die als defekte Ich-Grenze verinnerlichten Primärgruppengrenzen schützen, die aus der Erfahrung einer destruktiven Symbiose resultierenden exzessiven Vernichtungsängste abwehren und eine Ich-Spaltung verhindern, sowie ein gerade in der mißglückten Lösung aus der Mutter-Kind-Symbiose entstandenes unbewußtes Identitätsverbot kompensieren (*Ammon*, 1974).

Während *Anna Freud* (1936) das neurotische Symptom definierte als „fixierten Gebrauch einer bestimmten Abwehrmethode gegenüber einem bestimmten Triebanspruch, der bei der stereotypen Wiederkehr des Triebanspruchs in immer derselben Weise wiederholt wird", und feste Beziehungen zwischen bestimmten Neurosen und bestimmten Abwehrtechniken postulierte, zeichnen sich Borderline-Persönlichkeiten gerade auf-

grund der mangelhaft erworbenen Integrationsfähigkeit ihres Ichs durch eine Vielfalt von frühen Abwehrmechanismen und häufig auch durch eine multiple Symptombildung aus. Dies kann eine Antwort auf die zahlreichen Leerstellen in der Kommunikation mit der Mutter sein, mit der ständig wechselnde verschlüsselte Kommunikationsversuche für das Kind lebensnotwendig waren, und sie kann als Hinweis auf eine ständige existentielle Bedrohung defekter Ich-Grenzen verstanden werden, zu deren Schutz keines der Einzelsymptome auch nur annähernd ausreicht.

Während *Melanie Klein* das Splitting im Ich und Objekt als „Desintegration des Ichs" beschrieb, möchte ich anhand meines später folgenden Fallberichtes darstellen, daß das Splitting gerade eine psychotische Ich-Desintegration verhindern soll. In dem folgenden Fallbeispiel möchte ich zeigen, daß der frühe Abwehrmechanismus des Splitting ebenso wie die multiple Symptombildung auf der Integrationsschwäche des Ichs beruht und die Folge und Reproduktion einer frühkindlichen Objektinkonstanz ist. Entsprechend dieser Genese treten Splitting und multiple Symptombildung in Verlassenheitssituationen auf. Dabei bedeutet die multiple Symptombildung eine weitere Stufe der Regression, wenn mit Hilfe des Splitting keine Kontaktebene mehr gefunden werden kann. In diesem Fall greift das Ich auf die früheste Erfahrungsebene zurück, indem in Form der multiplen Symptombildung die Ambivalenz der Mutter-Kind-Beziehung auf der Körper-Ich-Ebene ausgetragen wird.

Mein Fallbericht fußt auf der stationär-psychiatrischen Krankengeschichte einer Patientin mit einem unauffälligen körperlichen und neurologischen Befund des einweisenden Psychiaters und der Klinik, unauffälligen Röntgen-, EEG- und Laborbefunden, meinen Beobachtungen während einer sechswöchigen stationär-psychiatrischen Behandlung, den Daten eines explorativen Praxisfragebogens und meinen Aufzeichnungen über sieben Monate einer ambulanten Psychotherapie.

Meine Patientin, Frau B., 34 Jahre alt und von Beruf Metallstanzerin, wurde von ihrem vorbehandelnden Psychiater wegen akuter Suizidalität in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. Sie litt unter Schlaflosigkeit, diffuser Angst, einem Zittern der Hände und dem Gefühl, umzufallen. Aus der Vorgeschichte von Frau B. erfuhr ich im Laufe der Therapie u. a. folgendes: Frau B. war bereits vorgeburtlich abgelehnt worden und wurde in eine zerfallene Familie hineingeboren. Ihre Mutter konnte sie nur über ständig wechselnde Bezugspersonen versorgen, die zu Frau B. nur einen rudimentären Körperkontakt zuließen. In dieser Verlassenheit phantasierte Frau B. anstelle des abwesenden Vaters einen vergöttlichten mütterlichen Vater, der ihre Sehnsucht erfüllte.

Die Mutter gehörte einer sozial schwachen und wenig geachteten Bevölkerungsminorität an, lebte isoliert von ihrer eigenen Familie und wurde von der Familie des Vaters abgelehnt. Anlaß für die Eheschließung der sehr jungen Eltern war die erwartete Geburt der Patientin

gewesen, nachdem bereits eine Reihe von Abtreibungsversuchen gescheitert waren. Unmittelbar nach der Geburt des Kindes verließ der Vater die Familie. Während der ersten vier Lebensjahre mußte die Mutter selbst den Lebensunterhalt verdienen. Auffällig war, daß Frau B. ihre Mutter nicht beschreiben konnte. Sie wußte nur von Schlägen der Mutter zu berichten. Schon im ersten Lebensjahr hatte Frau B. keine verläßliche Bezugsperson, sondern wurde zwischen ihrer Mutter, der Großmutter väterlicherseits und einer Nachbarin hin und her geschoben. Unter all diesen Personen konnte sie später nur die Körpergröße und die Farbe der Augen und Haare des Vaters und des Großvaters kennzeichnen. Gemeinsam war all diesen Personen, daß sie die Patientin häufig schlugen.

Schon in der Kindheit führte die grundsätzliche Verlassenheit zu multipler Symptombildung, wobei Frau B. aufgrund der Vielfalt ihrer wechselnden Bezugspersonen Kontakt nur durch entsprechende wechselnde Symptome erreichen konnte. Ihre früheste Erinnerung datierte aus dem Beginn des zweiten Lebensjahres: Sie wurde von der sie betreuenden Nachbarin auf einem Stuhl festgebunden und allein gelassen. Daraufhin war sie an einer lebensbedrohlichen Lungenentzündung erkrankt und mußte unter einem Sauerstoffzelt in einer Klinik liegen. Im achten Lebensjahr von Frau B. lag ihre Großmutter nach einem Unfall ein halbes Jahr im Gipsbett. Auf die Abwesenheit der Großmutter antwortete Frau B. mit einer ebenso lange dauernden Beinlähmung beiderseits. Der Großvater nutzte die Abwesenheit seiner Frau aus, um Frau B. sexuell zu verführen.

Als Frau B. 11 Jahre alt war, verstieß sie die Großmutter zusammen mit dem Vater aus ihrer Wohnung. Der Vater hatte damals eine neue Frau mitgebracht. Frau B. reagierte auf diese für sie bedrohliche Verlassenheit mit einer Psychose und wurde in einer Universitätsnervenklinik mit Elektroschocks behandelt. Nach ihrer Entlassung drohte sie mit Selbstmord und wurde daraufhin vom Vater fast ein Jahr lang im Schlafzimmer gefangengehalten. Er konnte sie nur auf einer Partnerersatzebene annehmen, nicht jedoch als Kind, indem er ihr häufig sehr schöne, aber immer zu große Kleider mitbrachte.

Ihren Ehemann kannte Frau B. schon seit ihrer Kindheit. Wenige Tage vor der Hochzeit beging sie einen Selbstmordversuch. Beim Geschlechtsverkehr ließ sich Frau B. später in der Regel von ihrem Ehemann blutig kratzen und schlagen und zerkratzte ihn. Wenn sie sich allein fühlte und von diffusen Verlassenheitsängsten überfallen wurde, zerkratzte sie sich selbst, ein Kontaktersatz, den allein sie in der Kindheit von allen Bezugspersonen erfahren hatte.

Eine Aufspaltung zwischen einem vom Vater idealisierten und einem von der Mutter defizitär-mißhandelten Objekt spiegelte ihre Beziehung zu ihren neunjährigen Zwillingsmädchen wider. Über sie stellte sie den Kontakt zum abwesenden Vater her, indem sie beide zu ihm schickte.

Sie waren wie sie selbst nach einem erfolglosen Abtreibungsversuch geboren worden. Eines der Mädchen wurde wegen seiner Schönheit bewundert, das andere galt als schwachsinnig und konnte mit neun Jahren noch nicht die Schule besuchen.

Auch die Beziehungen zu den Personen ihrer Umgebung erlebte Frau B. als gespalten. Ihren Ehemann schilderte sie als einen brutalen, sie betrügenden und sie gleichzeitig ständig fordernden Sexualprotz. Ein Meister ihres Betriebes versuchte, sie zu verführen. Der auswärts wohnende Vater kontrollierte in ihrer Vorstellung den Bestand ihrer Ehe. Zu ihrer Mutter hatte sie jeglichen Kontakt abgebrochen. Eine Nachbarin tröstete sie, wenn sie traurig war, und brachte ihr Essen. Eine Freundin begleitete sie häufig in meine Praxis.

Ich stellte bei Frau B. die Diagnose einer Borderline-Hysterie. Dieser diagnostische Begriff wurde von *Günter Ammon* für ein Krankheitsbild entwickelt, welches einerseits durch ein „strukturelles archaisches Ich-Defizit" aufgrund einer „pathologisch arretierten Symbiose" gekennzeichnet ist und die zersplitterte vielfältige Symptomatik des Borderline-Kranken zeigt, andererseits kompensatorisch entwickelte Ich-Teilfunktionen erkennen läßt, die konversive Mechanismen mit Symbolbildung und ödipaler Dynamik zulassen können. Im Bereich dieser Ich-Teilfunktionen ist eine Objektebene erreicht.

Für diese Diagnose sprechen bei Frau B. eine gespaltene Persönlichkeit mit traumartigem Ausagieren ihrer Konflikte in der Lebensrealität bei guter Funktionsfassade und sprachlichen, schauspielerischen und handwerklichen Fertigkeiten. Der Diagnose entsprachen ferner das Vorherrschen archaischer Abwehrmechanismen und eine multiple Symptombildung mit wechselnder Psychosomatik, psychotischen Episoden, sexueller Deviation, Suizidalität und das Vorhandensein von Konversionssymptomen. Ein weiteres Argument für meine Diagnose war das später zu beschreibende schlagartige Einsetzen der Projektion eines idolisierten undifferenzierten Primärobjektes mit Mutter- und Vateranteilen auf meine Person gleich zu Beginn der Therapie. Was im Zusammenhang mit der Konversionssymptomatik von Frau B. den ungelösten ödipalen Konflikt angeht, so dürfte die völlige Abwesenheit des Vaters während der ersten Lebensjahre und die ständige Anwesenheit des Großvaters erst während der ödipalen Phase ein „Splitting der ödipalen Situation in sexualisierte und idealisierte Vaterimagines" verursacht und die „Lösung des Ödipus-Komplexes in Beziehung zu einer Vater-Imago verhindert" haben (*Orgel*, 1975).

Im folgenden möchte ich im therapeutischen Prozeß die Reproduktion des bereits anamnestisch geschilderten, schweren archaischen Defizits, das durch Splitting und multiple Symptombildung abgewehrt wird, sowie die Beziehung zwischen Splitting und multiplen Symptomen aufzeigen.

Schon beim Aufnahmeinterview in der psychiatrischen Klinik fiel mir das ängstlich-starre, puppenhafte Gesicht von Frau B. auf. Es wäre mir nicht möglich gewesen, ihr Alter zu schätzen. Mein erster Eindruck war der eines im Leid erstarrten Kindergesichtes, das dringend um Hilfe rief und gleichzeitig niemanden an sich herankommen ließ. Während sie sehr leise und mit großen Schweigeperioden sprach, konnte sie mich nicht ansehen, sondern schaute zu Boden oder aus dem Fenster. Über ihre leidvolle Geschichte, über vielfältige Symptome, ihre Mordphantasien und Selbstmorddrohungen sprach sie mit einem glasartigen Lächeln. Ich spürte ihre große ängstliche Distanz zu ihren Gefühlen und mir gegenüber und fühlte, daß sie mich mit Hilfe ihres Lächelns wegdrückte. Traurigkeit und Wut schien sie weit zurück zu halten. Ich sprach meinen Eindruck ihr gegenüber aus, um einen Kontakt zu ermöglichen. Sie antwortete darauf mit dem gleichen Lächeln, hinter dem ich jetzt jedoch eine große, noch unbestimmte Erwartung spürte.

Gleich zu Beginn wurden im therapeutischen Prozeß die beiden der Patientin bekannten Beziehungsebenen wieder hergestellt, nämlich im Kontakt zu mir eine idolisierte Vaterbeziehung und davon abgespalten eine Vielzahl feindselig-undifferenzierter Objekte.

In einer Tagebuchnotiz über die ersten Tage in der Klinik kommt dies eindrucksvoll zum Ausdruck: „Ich habe vom ersten Moment an Vertrauen zu ihm. Ich fürchte mich nicht vor ihm. Er ist der einzige Mensch, der sich um mich sehr gekümmert hat. Er macht sich um mich Sorgen. Er hat Angst, daß ich mich wieder umbringen will. Er und ich selbst wissen ganz genau, daß die Gefahr noch nicht beseitigt ist . . . Er ist ein Superarzt. Er kennt die Menschen sehr gut. Ich habe manchmal Angst vor ihm. Ich kann ihm nicht in die Augen sehen. Er guckt mir tief in die Augen. Er will meine Gedanken lesen. Er taucht mit seinem Blick tief in meine Seele. Er ist ein Superpsychologe. Er ist der Meinung, daß ich ihn hasse, aber das ist nicht wahr. Ich glaube, daß nur er mich wieder am Leben festbinden kann. Er ist manchmal böse, wenn ich wieder an Selbstmord denke. Er hat Recht, aber ich habe auch Recht. Ich habe immer nur Böses erlebt. Ich habe nie die Menschen lieben gelernt. Die Frauen in meinem Zimmer haßten ihn sehr und sagten, daß er kein Mann sei. Ich haßte die Frauen, die immer nur über Sexualität und über ihn sprechen."

Frau B. lehnte jeden Kontakt mit den übrigen Klinikärzten und den jüngeren Patientinnen ab und disqualifizierte in ihren Aufzeichnungen die anderen Ärzte als uninteressiert und die jüngeren Mitpatientinnen als unmoralisch und gehässig. Die älteren Mitpatientinnen empfand sie als undifferenziert freundlich, aber verständnislos und ging auch ihnen aus dem Wege.

Aus dieser Dynamik heraus ist es zu verstehen, daß Frau B. nach ihrer Entlassung aus der Klinik ausschließlich bei mir eine Einzeltherapie zu beginnen wünschte und die Möglichkeit einer analytischen Gruppen-

psychotherapie kategorisch ablehnte. Dies zeigte mir, daß ich die Kontaktebene zum idolisierten Vater in der Anfangssituation annehmen mußte, um die Patientin vor der in der Beziehungsaufnahme zu mehreren Personen gefürchteten Ich-Zersplitterung zu bewahren. Andererseits nahm ich auf dem Weg über das dritte Objekt des kranken und gespaltenen Kindes, nämlich der Zwillinge, ihre Verlassenheit an. Hierüber erfolgte der erste emotionale Kontakt, als Frau B. über ihr mißhandeltes Kind sprechen und zum ersten Mal seit vielen Jahren weinen konnte. Sie hatte wahrnehmen können, daß mich das Schicksal dieses Kindes, das die Leidensgeschichte von Frau B. selbst war, anrührte. Wenn sie über ihr eigenes Leid sprach, konnte sie nun auf das Lächeln verzichten, ein unmittelbarer Ausdruck ihres Gefühles war ihr aber nur abgespalten in Identifikation mit der leidenden Tochter möglich.

In der Trennungssituation vor den ersten Therapieferien brach der Abwehrmechanismus des Splitting zusammen. Dem folgte, wie ich anhand der letzten Sitzungen vor den Ferien zeigen werde, der Versuch, über multiple Symptome zu mir Kontakt aufzunehmen, wie sie dies in der Kindheit zu wechselnden Bezugspersonen getan hatte. In regressiver Folge über eine Konversionslähmung zeigte sie schließlich psychosomatische Symptome, die mir in diesem Fall eine Analogie auf der Körper-Ich-Ebene zur Abspaltung des bösen Objekts im Splitting zu sein scheinen.

Anhand der letzten Sitzungen vor den Ferien möchte ich auch darstellen, wie es anschließend gelang, diese bedrohliche fortschreitende Selbstzerstörung in der Trennungsphase zu bewältigen und wieder ein interpersonelles Splitting zu ermöglichen.

Frau B. berichtete zunächst über ihre Angst vor meiner Abwesenheit und äußerte Suizidphantasien und die Befürchtung, ich könne verunglücken. Ich fühlte ihre Verlassenheitsangst, konnte ihr dies aber nicht vermitteln, so daß sie auf meine Kontaktangebote nur mit einem glasartigen Lächeln antwortete. Durch die Kenntnis ihrer Familiendynamik und meiner Gegenübertragung konnte ich wieder Kontakt herstellen.

In der folgenden Sitzung berichtete Frau B. von einer Beinlähmung. Sie hatte sich vom Ehemann ins Bett tragen lassen. Während sie dies erzählte, spürte ich eine sehr dichte Atmosphäre und ihren Wunsch nach Nähe. Ich hatte das Gefühl, sie selbst wie ein Kind in die Arme nehmen und bei ihr bleiben zu müssen. Bevor ich sprechen konnte, begann die Patientin voller Angst zu hyperventilieren und klagte über Herzschmerzen. In dieser freundlichen Nähe konnte sie die Furcht äußern, mich zu verlieren und ihr Bedürfnis, neben mir zu sitzen und meine Hand zu halten. Als ich ihr später zum Abschied die Hand reichte, schmiegte sie sich kurze Zeit ängstlich an mich, und ich legte ihr die Hand auf die Schulter. Frau B. schaute dabei zu Boden. Dann verließ sie schnell den Raum.

Das Auftreten der Beinlähmung in der Trennungssituation erinnert lebensgeschichtlich an die Beinlähmung von Frau B. in Identifikation mit der verlassenen Großmutter. Ihre Psychosomatik weist schließlich auf die früheste von der Patientin erinnerte Verlassenheitssituation hin, auf die sie mit eineinhalb Jahren mit einer lebensbedrohlichen Lungenentzündung geantwortet hatte. In schweren Trennungssituationen konnte sie nur auf der Körper-Ich-Ebene reagieren, auf der sie in der frühesten Kindheit einer Vielzahl feindselig-undifferenzierter verlassender Objekte gegenüber gestanden hatte. Daß ich sie in dieser Situation nicht verließ, sondern ihr einen kurzen, freundlichen Körper-Kontakt gestattete, war für Frau B. eine neue Erfahrung.

In der letzten Sitzung vor den Ferien sprach ich die Situation ihrer Kinder an, die sie in den Ferien wieder treffen würde. Als ich mich dabei zuerst eingehend nach dem als schwachsinnig geltenden, mißhandelten Kind erkundigte, zeigte sich Frau B. betroffen und weinte. Später äußerte sie die Phantasie, vom Vater im Urlaub festgehalten zu werden. Er werde ihr alles Geld und den Paß abnehmen, so daß sie nicht mehr nach München zurückkommen könne. Ich spürte ihre starke Angst, mich zu verlieren und ihren Wunsch, von mir zurückgehalten zu werden, und überlegte, das ich ihr von meinen persönlichen Dingen in den Urlaub mitgeben sollte, gleichsam als einen Teil von mir, der die Sicherheit des therapeutischen Bündnisses symbolisieren sollte. Während ich noch nachdachte, was dazu am besten geeignet sei, wies Frau B. auf ihr Armband aus alten Goldmünzen, eine Mitgift ihrer Familie. Sie wollte es mit in den Urlaub nehmen, um dafür notfalls eine Fahrkarte zurück nach München lösen zu können. Ich ging auf ihre Phantasie ein und begrüßte ihren Plan mit dem Goldarmband. Das Armband wurde so gleichsam zum Übergangsobjekt, als ob ich es ihr gegeben hätte.

Meine Präsenz im freundlichen Realkontakt über das dritte Objekt ihres kranken Kindes, im kurzen Körperkontakt als vielleicht erster Erfahrung einer Annahme auf der Körper-Ich-Ebene und im Übergangsobjekt als Symbol des schützenden therapeutischen Bündnisses ermöglichten es Frau B., ihre selbstzerstörerische multiple Symptombildung zugunsten eines interpersonellen Splitting aufzugeben, damit wieder eine Beziehungsebene zu erreichen und sich zu trennen. Während ihrer Ferien zusammen mit ihrer Familie erlebte sie den bisher idolisierten Vater als uninteressiert abwesend, die Stiefmutter als böse, mich idolisierte sie und den Ehemann konnte sie realitätsnäher wahrnehmen.

Zu Beginn meines Referates ging ich von der Frage nach der Genese des Splitting und der multiplen Symptombildung aus. Die Geschichte meiner Patientin, in deren Therapieverlauf beide Phänomene vorherrschend waren, kann zur Beantwortung der Ausgangsfrage folgendes beitragen: Das Splitting stellt eine verinnerlichte Beziehungsmodalität zwischen Mutter und Kind dar. Splitting und multiple Symptombildung

treten vor allem in schweren Verlassenheitssituationen auf und dienen der Abwehr einer gefürchteten Ich-Desintegration in der Psychose. Nach Versagen des Splitting kommt es in regressiver Abfolge zu multiplen Symptombildungen, wobei ich im psychosomatischen Symptom den Versuch sehe, auf der Körper-Ich-Ebene die internalisierte böse Mutter abzuspalten. In der therapeutischen Reparation kann diese regressive Symptomfolge auf dem Weg über eine Wiedergewinnung der Fähigkeit zum Splitting auf einer veränderten Eebene, die über das Splitting hinaus einen Realkontakt zuläßt, rückgängig gemacht werden.

Klinik und Anamnese meiner Patientin sind ein wichtiger Hinweis auf eine dem Splitting zugrunde liegende frühe Ich-Schädigung mit der Folge einer spezifischen Integrationsschwäche eines vielfältig zersplitterten Ichs, welche *Ammon* (1973) als Charakteristikum der Borderline-Persönlichkeit beschrieb. Die Integrationsschwäche des Ichs beruht auf dem Fehlen einer „stabilen und verläßlichen Objektbeziehung" im ersten Lebensjahr, welche für das Kind zum Erwerb einer „erste(n) integrierte(n) Ich-Struktur . . . von hervorragender Bedeutung (ist)" (*Spitz*, 1965). Splitting und multiple Symptombildung sind meines Erachtens die Folge und Reproduktion desintegrierter Realbeziehungen im ersten Lebensjahr. Andererseits stellen sie einen Überlebensmechanismus dar, um das Wiedererleben der in der Objektinkonstanz erfahrenen schwersten frühkindlichen Verlassenheit abzuwehren und nach dem Muster der erlebten defizienten Mutter-Kind-Dyade diskontinuierliche und kontaktlose Objektbeziehungen eingehen zu können, weil die Herstellung stabiler und kontinuierlicher Objektbeziehungen aufgrund eines traumatischen frühkindlichen Beziehungsdefizits nicht möglich ist. Während die Integrationsschwäche des Ichs nur ein Splitting und eine Multiplizität von Symptomen erlaubt, dienen beide dazu, um die Erfahrung der zugrunde liegenden Desintegration des Ichs in der Psychose zu vermeiden.

Splitting and Multiple Symptom Formation as Expression of a Borderline Personality

Fritjof Winkelmann

The early defence mechanism called splitting which was discovered by *Melanie Klein* (1932) and which she considered an intrapsychic instinct defence is traced by the author to the specific integration weakness of a shattered ego, acquired in an unsuccessful mother-child symbiosis, which is a characteristic of the borderline personality (*Ammon, Knight, Shaskan*). Splitting on the part of the borderline patient results from the mother's division of the child's experience into a good small part and a

bad large part of the child's communication needs. It represents an internalized relationship modality between mother and child. Its defensive character is apparent in the patient's inability to establish stable, continuous object relationships.

The borderline patient's need for symbiosis which is thus warded off can be expressed cryptically through symptoms and admitted in areas which the mother was able to offer the child relatively free of anxiety. The borderline patient's symptoms must make up for a structural ego deficit because of the deficient or destructive symbiosis which was experienced (*Ammon*, 1972). They protect the primary group boundaries internalized as a defective ego boundary and prevent ego splitting. The ego's poorly acquired integration capability often corresponds with multiple symptom formation in borderline patients.

Using a vignette as an example, the author proves that the occurrence of splitting and multiple symptom is a consequence and reproduction of desintegrated actual relationships in the first year of the patient's life. In conformity with this genesis, splitting and multiple symptom formation occur in situations of abandonment. The author believes that multiple symptom formation is another stage of regression if no level of contact can be found with the help of splitting. In this case, the ego falls back on the earliest level of experience in which, in the form of multiple symptom formation, the ambivalence of the mother-child relationship is discharged on the body ego level by splitting off the internalized bad mother in a psychosomatic symptom. In the therapeutic reparation, this regressive symptom sequence can be nullified through a recovery of the ability to split on a changed level which permits an actual contact beyond splitting.

Literatur

Ammon, G. (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223–251
– (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
– (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
Deutsch, H. (1942): Some Forms of Emotional Disturbances and their Relationship to Schizophrenia. In: Psychoanal. (9) 301–321
Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen (Wien: Int. psychoanal. Verlag)
Freud, S. (1894): Die Abwehrneuropsychosen. Versuch einer psychoanalytischen Theorie der akquirierten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen und gewisser halluzinatorischer Psychosen. Ges. W., Bd. I (London: Image)
Kernberg, O. (1967): Borderline Personality Organization. In: J. Am. Psychoanal. Ass. (15) 641–685
– (1968): Factors in the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personalities. In: Bull. Phila. Ass. Psychoanal. (18) 143–148
– (1974): The Treatment of Patients with Borderline Personality Organization. In: Int. J. Psychoanal. (49) 600–619

Klein, M. (1932): Die Psychoanalyse des Kindes (Wien: Deuticke)
– (1946): Notes on Some Schizoid Mechanisms. In: Int. J. Psychoanal. (27) 99–110
Knight, P. P. (1953): Borderline States. In: Bull. Menninger Clin. (17)
Orgel, S. (1975): Split Object Choice. In. Psychoanal. (9) 266–268
Shaskan, D. A. (1956): Treatment of a Borderline Case with Group Analytically Oriented Psychotherapy. In: J. Forensic Sciences (2) No 2
Spitz, R. A. (1965): The First Year of Life. A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations. (New York: Int. Univ. Press)

Adresse des Autors:
Dr. med. Fritjof Winkelmann
Trautenwolfstr. 9
8000 München 40

Zur Familiendynamik des Sprachverbots bei einem Borderline-Patienten**

Andreas von Wallenberg-Pachaly*

Der Autor stellt in seinem Referat das Schweigen, die zentrale Kommunikationsweise eines Borderline-Patienten, als verstehbar aus der spezifischen Familiendynamik dar und untersucht deren unterschiedlichen Einfluß auf Ich- und Identitäts-Entwicklung seines Patienten und dessen autistischen Bruders. Hierzu gibt er auf der Grundlage ausführlicher anamnestischer Daten einen Überblick über die Familiendynamik des Sprachverbots und diskutiert die Bedeutung einer partiell verfügbaren konstruktiven Objektbeziehung für die Entwicklung einer Borderline-Struktur in Abgrenzung zu einer autistischen Struktur.
Die kombinierte Einzel- und Gruppentherapie stellte sich als ein wirksames therapeutisches Instrument dar, um durch eine Aufspaltung der therapeutischen Situation auch archaische Ängste therapeutisch zu handhaben, indem dem Patienten ein Setting dargeboten wird, das seiner ursprünglichen Situation entspricht.
Der Autor untersucht die verschiedenen Qualitäten des Schweigens und zeigt auf, daß das Schweigen dieses Borderline-Patienten, dessen grundlegende Schwierigkeit es war, aus dem Zustand einer arretierten Symbiose herauszutreten, aus einer real erlittenen Deprivation durch eine kranke Primärgruppe resultiert und nicht aus einem internalisierten Konflikt, der zwischen verschiedenen Instanzen ausgetragen wird.
Um dem Patienten eine nachholende Ich-Entwicklung zu ermöglichen, war es nötig, ein breites Spektrum therapeutischer Situationen anzubieten, das Einzel-, Gruppen- und Milieutherapie umfaßt.

In meinem Referat möchte ich das Schweigen, die zentrale Kommunikationsweise eines Borderline-Patienten, als verstehbar aus der spezifischen Familiendynamik darstellen und deren unterschiedlichen Einfluß auf Ich- und Identitätsentwicklung meines Patienten und seines Bruders untersuchen.

Mir standen dazu Informationen aus einer einjährigen psychoanalytischen Einzel- und Gruppentherapie mit dem Patienten, mehrere anamnestische Gespräche mit ihm, ein vom Patienten ausgefüllter Fragebogen und ein von ihm geschriebener Lebenslauf sowie psychiatrische Anamnesen, neurologische und internistische Untersuchungen seines autistischen Bruders zur Verfügung.

Der 26jährige Patient, Herr S., suchte bei mir Therapie, nachdem seine schon drei Jahre dauernde Gruppentherapie vom Therapeuten abrupt abgebrochen und die Gruppe, „weil sie zu passiv und schweigsam war", wie Herr S. berichtete, aufgelöst worden war. Während dieser drei Jahre saß Herr S. meist schweigend in der Gruppe, und die oberflächliche, freundliche aggressionsabwehrende Gruppenstimmung – der Therapeut hatte alle Gruppenmitglieder geduzt – hatte ihm das Gefühl gegeben,

* Dipl.-Psych., Psychotherapeut, Mitarbeiter am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

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

toleriert zu werden. Auf den buchstäblichen Hinausschmiß aus der Therapie reagierte er sehr depressiv, seine eigentliche Wut darüber konnte er erst viel später wahrnehmen und ausdrücken.

Die erste Sitzung in seiner neuen Therapiegruppe erlebte er so verschlingend und zerstörend, daß er vor Angst aus dem Zimmer lief. Ich entschloß mich daraufhin, ihn in begleitende Einzeltherapie zu nehmen, da ich das Gefühl hatte, der Patient fühle sich allein der Gruppe nicht gewachsen. Während der nächsten Monate erlebte der Patient mich in der Einzeltherapie zunehmend als freundliche Unterstützung, während er die Gruppe und besonders meine Co-Therapeutin als feindlich und sehr fordernd erlebte.

In der Gruppe bekam ich stets das Gefühl, ihn vor der Gruppe wie auch vor meiner Co-Therapeutin in Schutz nehmen zu müssen. Der Patient selbst verhielt sich während der ersten Monate der Gruppe gegenüber zunehmend autistisch, weigerte sich, sein Honorar zu zahlen, Protokoll zu schreiben und sprach fast nie. Der Patient erlebte nun seine ursprüngliche Primärsituation wieder, in der er einer starren, abweisenden und zugleich sehr fordernden Mutter ausgeliefert war, die ihre Kinder nur als beinah Tote tolerieren konnte, was er nun in der Gruppe und besonders meiner Co-Therapeutin gegenüber erlebte. Die Gruppe übernahm für ihn stellvertretend das Honorarzahlen und Protokollschreiben und akzeptierte, obwohl sie sich des aggressiven Anteils seines Verhaltens bewußt war, sein Nichtkönnen. Sie verhielt sich ihm gegenüber in der Gegenübertragung so zurückhaltend, wie er sich seiner Mutter gegenüber verhalten hatte; die Gruppe befürchtete, er könne davonlaufen, wie Herr S. es von seiner Mutter befürchtet hatte.

Während Herr S. in der Gruppe zunehmend autistischer geworden war und durch sein Schweigen und seine Weigerung zu zahlen und Protokoll zu schreiben ein aktives Nicht-Sein praktizierte, taute er in seiner Einzeltherapie zunehmend auf. Er spaltete die Gruppensituation als eine bedrohlich aggressive ab von der Zweiersituation, in der er sich in zunehmendem Maße verstanden und angenommen fühlte. Seine Sitzung begann er meist mit einem langen Schweigen, das auf der Schwelle zwischen provoziertem Kontaktabbruch und gefürchtetem Kontaktverlust lag.

Im Gegensatz zu seinem vorwiegend provozierenden Schweigen in der Gruppe überwogen hier jedoch die ängstlichen Aspekte; jedes Wort könnte mich verletzen, er meinte, für mich ein unzumutbarer Patient zu sein, und suchte in seinem Schweigen, wobei er mich nicht anzuschauen wagte, ängstlich den Kontakt zu mir aufrecht zu erhalten. Erst wenn ich den Bann brach und ihn ansprach, konnte er über seine Unfähigkeit sprechen zu wissen, ob seine Gefühle wirklich oder eingebildet seien, über seine steten paranoiden Ängste, total angepaßt oder als asozial abgestempelt zu werden, und über seine großen Schuldgefühle, sich von seiner

Mutter und seiner Partnerin abzugrenzen. Der Patient lebte zu dieser Zeit mit einer sich ängstlich an ihn klammernden und gleichzeitig bemutternden Partnerin zusammen, sein Studium hatte er bereits seit 5 Jahren unterbrochen, und er war nur kurzzeitig in der Lage, Gelegenheitsarbeit auszuführen. Ansonsten lebte er von der finanziellen Unterstützung seines Vaters, trödelte und träumte jeden Tag vor sich hin und glaubte, sich so vor den vergewaltigenden Forderungen der Gesellschaft schützen zu können.

Die Mutter des Patienten, seine wichtigste Bezugsperson, war eine stetig depressive Frau, die keinerlei Freunde hatte und sich, als Herr S. acht Jahre alt war, von ihrem Mann scheiden ließ. Ihre überwiegenden Lebensgefühle waren Peinlichkeit, Ängstlichkeit und Teilnahmslosigkeit. Es war ihr peinlich, ihrem Sohn, Herrn S., ein Geburtstagsgeschenk zu überreichen. Stattdessen legte sie es auf eine Kommode, so daß er sie beiläufig fragen mußte, was das sei. Von ihren Gefühlen sprach sie nie und ihren Sohn fragte sie nie nach den seinen. Zwei Jahre vergingen, bis sie ihn einmal nach dem Verlauf seines Studiums fragte. Früher erlebte Herr S. es öfters, daß sie, wenn er sie mit etwas konfrontierte, aus dem Zimmer lief. Herr S., der bis zu seinem 8. Lebensjahr eingeengt auf der Bettritze zwischen Vater und Mutter und bis zum 16. Lebensjahr auf einer Matratze neben dem Bett seiner Mutter geschlafen hatte, verbrachte die Zeit mit seiner Mutter meist schweigend, oft vor dem Fernseher. Aber während Frau S. jegliche direktere gefühlsmäßige Ansprache durch ihren Sohn als nicht zu ertragende Zumutung erlebte, reagierte sie auf seinen Wunsch, sich, als er 22 Jahre alt war, ein eigenes Zimmer zu suchen, tief gekränkt. „Ob es ihm bei ihr nicht mehr gefiel?" Herr S. hatte so große Schuldgefühle sich von ihr zu trennen, daß er sie jahrelang täglich besuchte, um mit ihr schweigend zu essen und vor dem Fernseher zu sitzen.

Die Unfähigkeit von Frau S., eine direkte reale Beziehung einzugehen, drückte sich auch in ihrem Verhältnis zu ihrem Mann aus, mit dem sie nie über einen längeren Zeitraum zusammenleben konnte.

Der Vater von Herrn S. wurde, als der Patient vier Jahre alt war, längere Zeit wegen einer paranoid-schizophrenen Reaktion hospitalisiert. Seine Beziehung zu Herrn S. war geprägt sowohl von Mißtrauen – Herr S. mußte nach Besorgungen dem Vater stets die Rechnungen vorlegen, um zu belegen, daß er kein Geld einbehalten hatte — als auch von Idealisierung – er wollte, daß sein Sohn Medizin studiert, was Herr S. zwei Jahre ohne Erfolg tat. Herr S. selber hatte immer Angst vor seinem Vater, von ihm verfolgt und bestraft zu werden. Er erinnerte sich noch, sich vor ihm unter dem Küchentisch versteckt zu haben. Auf der anderen Seite fühlte er sich von ihm verlassen, da er nicht verstanden, sondern zur Erfüllung seiner grandiosen Vorstellungen mißbraucht wurde. Mehrere Jahre konnte Herr S. seinem Vater weder seine Therapie noch sein

brachliegendes Studium gestehen, da er befürchtete, verstoßen und seiner finanziellen Unterstützung entzogen zu werden. Mit seinem antisozialen Verhalten, welches seine Unfähigkeit zu studieren, zu arbeiten oder Honorar zu bezahlen und seine anhaltende finanzielle Abhängigkeit beinhaltete, drückte er auch seine Wut seinem Vater gegenüber aus.

Obwohl beide Eltern oberflächlich gesehen in unserer Gesellschaft funktionierten, als Schreibkraft bzw. Ingenieur, wäre zu erwarten, daß Herr S. in solch einem Klima von Mißtrauen, Depression und Verlassenheit entweder schizophren oder autistisch reagiert hätte.

Eine weitere Bezugsperson war seine Großmutter väterlicherseits, eine warme, gutmütige und Herrn S. herzhaft annehmende Frau. Er lebte mit seiner Mutter bis zum 2. Lebensjahr auf dem Bauernhof dieser Großmutter und verbrachte in der folgenden Zeit jeweils mehrere Monate im Jahr bei ihr. Die Zeit dort erinnert Herr S. als die schönste Zeit seines Lebens. Er hat diese Großmutter als eine natürliche Bauersfrau, die für ihn Zeit hatte und auf deren Schoß er sich setzen und reiten durfte, in Erinnerung. Bei ihr fühlte er sich dem grauen düsteren Bannkreis seiner Mutter entflohen, die Lebendigkeit und Güte dieser Frau ließen ihn aufleben. Als Herr S. 12 Jahre alt war, starb seine Großmutter. Er war damals lange Zeit sehr traurig und mußte das Schuljahr wiederholen. Heute sehnt sich Herr S. immer wieder nach einer Beziehung, wie er sie zu seiner Großmutter hatte. Jemand, der lebendig und warm ist und ihm Leben einflößt.

Im Gegensatz zu ihm stand seinem autistischen Bruder diese lebensrettende Beziehung zur Großmutter nur wenige Monate zur Verfügung. Diese einzige, vom Patienten in frühester Kindheit erlebte freundliche Beziehung zu einem Menschen ermöglichte es ihm, mich als unterstützend wahrzunehmen und ein beginnendes Vertrauen aufzubauen.

Ich werde im folgenden kurz die Lebensgeschichte des 3 Jahre älteren autistischen Bruders von Herrn S. darstellen. Sein Bruder konnte mit 2 Jahren Papa, Mama und einige andere Worte sprechen. Mit 4 Jahren sprach er besser, jedoch deutlich schlechter als altersgemäß zu erwarten gewesen wäre. Mit 6 Jahren hörte er vollkommen auf zu sprechen. Ein äußerer Anlaß wurde nicht berichtet. Seine mangelnde Sprachentwicklung ging einher mit stereotypen Bewegungen und einer Neigung zu Selbstbeschädigung, wie etwa seinen Kopf an die Wand hauen. Auch lachte er unmotiviert, grimassierte und vermittelte psychiatrischen Beobachtern den Eindruck zu halluzinieren. Seine Hörfähigkeit war normal. Neurologisch und körperlich lag trotz intensiver Untersuchung kein Befund vor. Die Mutter lebte mit dem Bruder von Herrn S. nur 1/2 Jahr auf dem Bauernhof bei ihrer Schwiegermutter und siedelte dann für 2 Jahre über in eine andere Stadt, wo sie zusammen mit ihrer eigenen Mutter wohnte. Erst bei der Geburt von Herrn S. ging sie wieder zu ihrer Schwiegermutter, um dann nach 2 Jahren mit ihren beiden Kindern

nach München umzuziehen. Ich sehe dies im Zusammenhang mit der von *R. Spitz* postulierten Entwicklung der Objektbeziehungen. In der Zeit vom 6. bis 8. Lebensmonat siedelt er die Entstehung der Fähigkeit des Kindes an, zwischen unbelebter und belebter Umwelt zu unterscheiden und verbindet damit die aufkommende Besetzung des libidinösen Objektes. Ein Verlassen des Kindes durch das libidinöse Objekt in dieser Zeit verunmöglicht dem Kind eine weitere Differenzierung der Objektwelt sowie die Entstehung einer Selbstrepräsentanz. Dabei möchte ich auch auf die unterstützende Funktion der Schwiegermutter für die Mutter hinweisen.

Als Frau S. mit ihren beiden Kindern nach München gezogen war, wo ihr Mann bereits längere Zeit gearbeitet hatte, siedelte auch die Mutter von Frau S. nach München über und wohnte mit der Familie zusammen. Kurz darauf hörte der Bruder von Herrn S. auf zu sprechen, und einige Monate später reagierte sein Vater schwer paranoid psychotisch.

Die Beziehung der Mutter zu ihrem autistischen Sohn wird durch folgendes Verhalten deutlich: Sie besitzt ein Transistor-Radio, welches sie immer mitbringt, wenn sie ihn im Heim besucht. Bei den gemeinsamen Spaziergängen schaltet sie es ein und läßt Musik spielen. Der Bruder von Herrn S. wird dann sehr lebendig, freut sich riesig und tanzt auch öfters. Am Ende des Besuches nimmt sie das Radio wieder mit, schaltet ihr Kind gleichsam ab. Sie ist noch nie auf den Gedanken gekommen, ihm dieses Radio zu überlassen, da er es ja doch nicht bedienen kann und wahrscheinlich nur kaputt machen würde. Frau S. nimmt das Radio jedoch nur mit, falls ihr nichtautistischer Sohn, Herr S., sie nicht begleitet. Denn wenn er mitkommt, übernimmt er mit seinem starren Verhalten die Rolle des Kalten, Distanz-Schaffenden, der es ihr erlaubt, eine Symbiose mit seinem völlig grenzenlosen autistischen Bruder einzugehen.

Eine Rollenumkehr findet statt bei den häufigen Besuchen meines Patienten bei seiner Mutter, wenn beide schweigend vor dem Distanz schaffenden Fernseher sitzen und er nun als der Autistische die Symbiose mit seiner Mutter eingehen darf.

Im folgenden werde ich noch einmal auf die Manifestationen des Schweigens von Herrn S. im therapeutischen Prozeß zurückkommen und den kommunikativen Aspekt dieses erworbenen Defizits differenziert darstellen. Dabei beeindruckte mich am meisten, daß Herr S. durch sein Schweigen sowohl mich als auch die ganze Gruppe am Anfang der Therapie die Rolle des Kleinkindes übernehmen ließ, das nicht wagte, seine Mutter anzusprechen, sich ihr physisch zu nähern, da es befürchten mußte, sie würde es nicht aushalten und davonlaufen und auch keinerlei Forderungen an sie zu stellen, um sie nicht total zu überfordern. In dieser pervers verkehrten Wiederherstellung der Mutter-Kind-Beziehung innerhalb der psychoanalytischen Beziehung, provoziert durch sein verletztes Schweigen, wo er seine Mutter war, erlebte ich das Bedürfnis, ihn

so schonend und behutsam zu behandeln, als so hilflos und schwach, verbunden mit einem Anspruch an mich, ihn zu schützen und ihn in Ruhe zu lassen. Diesem stand sein aggressiv sich verweigerndes Schweigen des Nicht-Könnens gegenüber als Ausdruck seiner durchgehend passiven, antisozialen Haltung. In dieser negativen Identität, (*Erikson,* 1956; *Winnicott,* 1958), in der er sich dadurch definierte, was er nicht ist und tut – wie arbeiten, studieren und Honorar zahlen – weckte er in mir starke aggressive Gefühle, wobei ich jedoch betonen muß, daß Herr S. anfangs in keiner Weise offen aggressiv sein konnte. Neben diesen beiden Aspekten hatte sein Schweigen jedoch noch einen tiefgreifenden symbiotischen Charakter, wobei die Grenze zwischen ihm und mir aufgehoben und eine Einheit hergestellt war, in der er einerseits ängstlich still verharrte, um nicht verletzt und verlassen zu werden, in der er sich andererseits wohlig geborgen fühlte.

Nach 7 Monaten Therapie erzählte mir Herr S. in der ersten Sitzung nach den Weihnachtsferien zögernd erstmals von seinen intensiven Todeswünschen, die er als Zehnjähriger gehabt hatte. Ich spürte dabei starke Angst, die der Angst meines Patienten vor Selbstverlust entsprach, den er zugleich ersehnte und befürchtete. In seinem Wunsch zu sterben drückte sich die Sehnsucht nach symbiotischem Einssein mit der Mutter aus, das er als Kind nie erfahren hatte und für ihn nur in seinem Tod vorstellbar war. Anschließend erzählte er mir folgenden Traum:

„Er steht am Rande eines tiefen dunklen Schachtes, in den alle seine Gruppenmitglieder bereits hineingesprungen sind. Ich stehe neben ihm und ermuntere ihn auch zu springen. In dem Schacht hängt ein Seil." Dieser Traum drückt die tiefgreifende Ambivalenz des Patienten deutlich aus. Einerseits stehe ich neben ihm und unterstütze ihn, andererseits ermuntere ich ihn, sich in die abweisend verschlingende Symbiose mit seiner Mutter in den tiefen, dunklen Schacht zu begeben. Diese Ambivalenz prägt auch die Beziehung des Patienten zu seiner Therapiegruppe; einerseits möchte er zu ihr, andererseits empfindet er sie als feindlich und verschlingend.

Dieser Traum, den Herr S. als entscheidenden Wendepunkt seiner Therapie interpretierte, an dem er sich entscheiden müsse, ob er sich zu seiner Therapie bekenne oder nicht, spiegelte aber auch noch die von ihm erlebte pränatale Mangelsituation eines feindlich abweisenden Uterus, in dem er mit abgerissener Nabelschnur eingeschlossen war. Meine Angst um ihn wich, nachdem er diesen Traum erzählt hatte, einem Gefühl von Zuversicht, da er mir in seinem Traum zu verstehen gab, daß er mit meiner Unterstützung wagen konnte, die pränatale Symbiose mit der Gruppe, die er zu dieser Zeit noch als abweisenden Uterus erlebte, einzugehen (*Graber,* 1975).

In den folgenden Monaten ging es in seiner Einzeltherapie auch immer wieder darum, ob er mir vertrauen könne oder ob ich ihn eines Tages

nicht auch vor die Tür setzen würde und ob ich mich für ihn eigentlich interessiere. In dem Maß, in dem sein Vertrauen zu mir zunahm, konnte er der Gruppe und besonders meiner Co-Therapeutin gegenüber seine Angst und seine feindlichen Gefühle äußern.

Ein halbes Jahr später, nachdem er mir den Traum erzählt hatte, brachte er ein am Morgen spontan mit den Fingern gemaltes Bild in seine Einzeltherapie mit. Er hatte dieses Bild im Anschluß an zwei Tage gemalt, an denen er sich sehr traurig, depressiv und wertlos gefühlt hatte, da er von einem Mädchen, für das er sich interessiert hatte, abgewiesen worden war. In diesem Bild, das er als ein Weltall bezeichnete, in dem er raum- und zeitlos umherschwebte, drückte er seine Sehnsucht nach einer Symbiose aus, aber einer Symbiose, die er sich nun, im Gegensatz zu der im oben beschriebenen Traum, als freundliche vorstellen konnte. Hinter meiner Freude über dieses schöne Geschenk, das Herr S. mir mit diesem Bild gemacht hatte, verspürte ich aber auch den Drang, es für mich zu behalten und der Gruppe und meiner Co-Therapeutin vorzuenthalten. Durch die Analyse meiner Gegenübertragungsgefühle wurde mir jedoch bewußt, daß er sich von mir die Erlaubnis erhoffte, sich in den Schoß der Mutter Gruppe begeben zu dürfen, die für ihn allmählich schützenden und nährenden Charakter bekam. Nur, wenn ich ihm erlaubte, im Gegensatz zu seiner Großmutter zur Mutter zurückzugehen und sich dort, in der Dualeinheit mit der Gruppe, als geliebtes Kind zu fühlen, würde er in der Lage sein, eine emotional korrigierende und wiedergutmachende Erfahrung zu machen. Dabei erlebte er mich als einen ruhenden, festen Pol, entsprechend dem Zentrum der Bildmitte.

In den folgenden Wochen konnte der Patient erstmals seiner Mutter offen die Meinung sagen und sich nicht nur von ihr aggressiv abgrenzen, sondern sich zugleich von seiner Freundin distanzieren, mit der er die destruktive Symbiose mit seiner Mutter wiederholt hatte. Dazu verhalf ihm auch der Einsatz in einer dreiwöchigen milieutherapeutischen Gruppe, die ihm aufgrund konkreter gemeinsamer Arbeit und der größtenteils über ein drittes Objekt stattfindenden Kommunikation unterstützte, seine Angst, verschlungen und vernichtet zu werden, zu bewältigen und die freundliche Realität einer ihn unterstützenden Gruppe wahrzunehmen.

Ich habe in meinem Vortrag die Genese meines schweigenden Patienten aus den spezifischen Objektbeziehungen und deren Defiziten in seiner Primärgruppe dargelegt. Dabei wollte ich zeigen, daß das Schweigen dieses Borderline-Patienten, dessen grundlegende Schwierigkeit es ist, aus dem Zustand seines Nicht-Seins einer arretierten Symbiose herauszutreten, seine beinahe allumfassende Existenzangst zu überwinden und mit sich selber identisch zu werden, aus einer real erlittenen Deprivation durch eine kranke Primärgruppe resultiert und nicht aus einem internalisierten Konflikt, der zwischen verschiedenen psychischen Instanzen aus-

getragen wird. Die spezifische Eigenschaft von Borderline-Strukturen, bestimmte Ich-Funktionen zur Verfügung zu haben, etwa Intellektualisierung, um partiell stabile Objektbeziehungen aufzunehmen, und die darauf gründet, daß ihre primären Bezugspersonen innerhalb dieser Sphäre konfliktfrei mit ihnen kommunizieren konnten, findet sich auch bei Herrn S. wieder. Allerdings dahingehend modifiziert, daß es sich bei ihm um eine weitgehend konfliktfrei, aber vollkommen abgespalten erlebte Objektbeziehung handelt – die zu seiner Großmutter – so daß sich bei ihm die innerhalb einer Objektbeziehung erlebte Ich-Spaltung real zwischen verschiedenen Objekten ergab.

Die kombinierte Einzel- und Gruppentherapie stellte sich als ein wirksames therapeutisches Instrument dar, um durch eine Aufspaltung der therapeutischen Situation auch die in pränatalen Phantasien ausgedrückten archaischen Ängste therapeutisch zu handhaben, indem dem Patienten ein Setting dargeboten wird, das seiner ursprünglichen Primärsituation entspricht.

Ammon hat gezeigt, daß die therapeutische Gruppe schützende Uterusfunktionen übernehmen kann und gerade die Voraussetzung für eine therapeutische Arbeit mit archaisch Ich-Kranken bildet. „Indem sie", wie *Ammon* (1974) schrieb, „durch den Schutz, den sie bietet, die gefahrlose Öffnung der Ich-Grenzen und damit den Zugang zum Unbewußten erlaubt, macht sie es möglich, die durch pathologische Fehlentwicklungen unterbrochene Kontinuität des Lebensprozesses wieder zu finden und im Zuge der therapeutischen Arbeit neu zu gestalten." Das Setting der kombinierten Einzel- und Gruppentherapie ermöglichte die therapeutische Handhabung des vom Patienten bereits in frühester Lebenszeit etablierten Versuches der Abgrenzung einer Restidentität.

Neben der Beziehungslosigkeit gegenüber der Mutter, die ihn nie als Kind angenommen hatte, hatte der Patient noch für kurze Zeit die Erfahrung freundlichen Angenommenseins durch seine Großmutter erlebt.

Am Beispiel seines älteren, völlig autistischen Bruders hatte er die direkte Beziehung zu seiner Mutter jedoch verbunden mit einem totalen Identitätsverbot erlebt. Sein Bruder vegetiert bereits jahrzehntelang in völliger Sprachlosigkeit dick und unbeweglich in einer Anstalt.

Die therapeutische Auseinandersetzung des Patienten, zuerst mit seinem Erleben der Gruppe als einem feindlichen, ihn zerstörenden Uterus, in der ich ihm als Unterstützung beistand und als deren Ergebnis er sich eine warme und freundliche Gruppe vorstellen konnte, zu der Kontakt aufzunehmen er aber noch immer Angst hatte, sowie die in der darauffolgenden Milieutherapie wahrgenommene freundliche Muttergruppe als einer realen Lebenssituation, ermöglichten dem Patienten, im Zuge einer nachholenden Ich-Entwicklung aus seinem Schweigen herauszutreten und damit verbunden bereits eine beginnende Bewältigung seiner archaischen Ängste vor Ich-Verlust. Um ihm dies zu ermöglichen, war es

nötig gewesen, ein breites Spektrum therapeutischer Situationen anzubieten, das Einzel-, Gruppen- und Milieutherapie umfaßt.

On the Family Dynamics of the Interdiction of Language in a Borderline-Patient

Andreas von Wallenberg-Pachaly

The author discusses silence, the central mode of communication of a borderline-patient he had in therapy. He finds his silence intelligible on the base of the understanding of the patient's specific family dynamics. The author also examines the different influence of the family dynamics on ego- and identity-development of the patient and his autistic elder brother. On the base of various anamnestic and therapy data he gives a detailed outline of the patient's family dynamics.

The mother had warded off all liveliness of her children as an existential threat to her. She could enter into symbiosis with them only if they kept silent and were dead-like. Her extreme fear of aggressive feelings permitted no constructive carrying out of interpersonal conflicts. The patient's father reacted several times with manifest paranoid schizophrenic reactions and was mostly suspicious towards him. Only because of the presence of the father's mother, who warmly accepted him and his mother, and with whom he had lived together with his mother during his first couple of years the patient didn't react autistically. To his autistic brother this supportive, accepting grandmother had not been available, and consequently he had not been able to develop the defence mechanism of splitting.

Combined individual and group psychotherapy proved to be an effective therapeutic instrument. For, by splitting the therapeutic situation the even in prenatal phantasies expressed archaic fears could be therapeutically handled, because the patient had been offered a setting corresponding to his original situation in his primary group.

In the reproduction of the language taboo during the therapeutic process three qualities of the patient's silence became manifest. In the perversely reversed reproduction of the mother-child-relationship in the therapeutic relationship the patient was silent, injured and helpless, demanding from his therapist to protect him and to be left alone. Opposit to this was his aggressive, refusing silence of not being able, as an expression of his negative identity, which was defined by what he was *not* and did *not*. Above this his silence still had a profound symbiotic quality, a silence that dilluded the demarcation between him and his therapist and created a union in which he anxiously persisted, so that he

would not be harmed nor left alone, but where he also felt savely sheltered.

The author outlines that the silence of this patient, whose prime difficulty it was to step out of an arrested symbiosis had resulted from a really suffered deprivation through his disturbed primary group, and not from some internalized conflict between various psychic instances.

The therapeutic confrontation and working through of his way of experiencing the therapeutic group as a hostile destructive womb, where only his individual psychotherapist supported him, resulted in the perception of a warm and friendly group, with which he could take up relations, but still was afraid of. The following milieu therapy, where he experienced a friendly mother-group as a real living-situation, enabled the patient in the course of a reparative ego-development to step out of his silence and to start working through his archaic fears of ego-loss. To make it possible for the patient to experience this ego-development, it had been necessary to offer the patient a broad scale of therapeutic situations, including individual, group and milieu therapy.

Literatur:

Ammon, G. (1974): Vorgeburtliche Phantasien und Träume im gruppenanalytischen Prozeß. In: *G. H. Graber* (Hrsg.): Pränatale Psychologie (München: Kindler)

Graber, G. H. (1975): Gesammelte Schriften, Band I, Tiefenpsychologische Erziehung und Kinder-Psychotherapie (München: Goldmann)

Erikson, E. H. (1956): Childhood and Society (New York: Norton)

Winnicott, D. W. (1958): The Antisocial Tendency. In: Collected Papers (New York: Basic Books)

Adresse des Autors:
Dipl.-Psych. A. v. Wallenberg-Pachaly
8000 München 40
Leopoldstr. 86/88

Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis der Anstaltspsychiatrie**

Béla Buda*

Der Autor stellt an den Anfang seiner Arbeit eine Definition des Borderline-Syndroms, die auf der von Ammon entwickelten neuen Konzeption der Borderline-Erkrankung beruht. Die vielfältige Symptomatik dieser Patienten wird als Ausdruck eines in der frühen Familiengruppe erworbenen strukturellen Ich-Defizits verstanden, das dem Borderline-Syndrom als nosologischer Einheit innerhalb der archaischen Ich-Krankheiten zugrundeliegt. Buda untersucht die in der Geschichte der Psychiatrie mannigfaltigen Versuche, die der Borderline-Symptomatik entsprechenden psychischen Phänomene begrifflich zu fassen. Diese Versuche gipfeln in der Vorstellung der hereditär bedingten Psychopathie, die dem Bestreben der Schulpsychiatrie entgegenkommt, psychische Krankheit auf somatische Ursachen zurückzuführen.
Das Bemühen der heutigen Anstaltspsychiatrie um den Borderline-Patienten erschöpft sich nach den Erkenntnissen des Autors vorwiegend in der Stellung einer Diagnose, die er als Etikettierung verurteilt, da sie eine adäquate therapeutische Hilfe – mit Ausnahme einer eventuellen Krisenintervention – verhindert. Buda fordert eine generelle Umstrukturierung psychiatrischer Anstalten im Sinne therapeutischer Gemeinschaften, um aufgrund des neuen Krankheitsverständnisses dem Patienten eine nachholende strukturelle Ich-Entwicklung zu ermöglichen.

Obwohl das Konzept des Borderline-Syndroms schon eine fast fünfzigjährige Geschichte hat, ist es ihm jedoch noch nicht gelungen, sich im psychiatrischen und psychoanalytischen Denken durchzusetzen. Es ist nur wenig bekannt, welche Berechtigung und welchen Sinn es hat, ein eigenständiges Grenzgebiet zwischen den Psychosen und Neurosen als eine nosologische Kategorie abzusondern, und es gibt nur wenige Psychiater und Psychoanalytiker, die sich im Klaren über die Kriterien und Kennzeichen der dazu gehörenden Krankheitsbilder sind.

Zumindest entnimmt man das aus der Fachliteratur und auch aus der Praxis. Nur für einen kleineren Teil von Psychoanalytikern und dynamisch orientierten Psychiatern ist die große praktische und theoretische Bedeutung der richtigen und rechtzeitigen Diagnose der Borderline-Fälle verständlich. Die scheinbar neurotische Symptomatik deckt nämlich eine strukturelle Ich-Störung, eine Integrationsschwäche, die den wahren Kern der Pathologie bildet. Die neurotischen Symptome erfüllen oft eine kompensatorische Funktion gegenüber der drohenden Identitätsdiffusion und der Desintegration der Ich-Grenzen. In Streß-Situationen können solche Patienten mit psychotischen Manifestationen reagieren. Diese Fälle sind der psychoanalytischen Standardmethode kaum zugänglich,

* Dr. med., Psychoanalytiker, Leiter der psychotherapeutischen Abteilung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses, Budapest
** Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 1.–4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

weil die Borderline-Persönlichkeit im allgemeinen nur mangelhaft fähig ist, die therapeutische Regel einzuhalten und die therapeutische Situation von der Lebenssituation zu unterscheiden. Daher ist die Gefahr des Ausagierens und der Manifestation symptomatischer Verhaltensformen, die den Rahmen der Therapie sprengen können, sehr groß.

Unser heutiges Wissen über dieses Konzept und über die Prinzipien der therapeutischen Behandlung des Borderline-Syndroms wurde durch *Ammon* sehr klar zusammengefaßt und theoretisch aufgebaut. Es ist sein Verdienst, dieses Konzept in den breiten Sinnzusammenhang der Dynamischen Psychiatrie eingeordnet zu haben. Sich auf den systemtheoretischen Ansatz von *Karl Menninger* (1963) stützend, hat *Ammon* darauf hingewiesen, daß das Borderline-Syndrom eine Organisationsstörung des Ichs darstellt, die der Schizophrenie ähnliche Züge hat und welche sich in die Reihe der durch prägenitale Persönlichkeitsschädigungen hervorgerufenen archaischen Ich-Krankheiten eingliedern läßt (*Ammon*, 1973, 1974). Die archaischen Ich-Krankheiten sind Folgen von frühkindlichen Familieneinflüssen eines ungelösten Symbiose-Komplexes und repräsentieren ein strukturelles Ich-Defizit je verschiedenen Grades und Charakters. Im Borderline-Syndrom ist das Ich vielfach zersplittert, aber es hält eine „funktionelle Fassade" aufrecht, d. h. es bleibt für die Außenwelt mit Hilfe seiner gesunden Ich-Teile funktionsfähig.

Die Wichtigkeit von *Ammons* Auffassung liegt in der daraus abgeleiteten neuen therapeutischen Perspektive. Diese bietet den bisher unzulänglich behandelten Borderline-Kranken eine komplexe Therapie, in deren Mittelpunkt die Gruppenpsychotherapie und die psychoanalytische Milieutherapie stehen.

Wir befinden uns in der vorteilhaften Lage, über *Ammons* Ansichten und die therapeutischen Ergebnisse seines neuen Herangehens unmittelbar von ihm selbst und von seinen nahen Mitarbeitern und Schülern gehört zu haben und noch hören zu können. Daher ist es in diesem Kontext überflüssig, die weitreichenden theoretischen und praktischen Folgerungen und Gesichtspunkte, die sich aus der *Ammon*schen Lehre ergeben, weiter zu diskutieren. Im Lichte unseres neuen Wissens ist es eher interessant, in die Geschichte der Psychiatrie zurückzublicken und die Frage zu erörtern, wie sich die Problematik des Borderline-Syndroms in den früheren und neueren Theorien der Anstaltspsychiatrie widergespiegelt hat und wie sie durch die therapeutische Praxis der Anstalt bewältigt worden ist.

In den alten Lehrbüchern der Psychiatrie fällt auf, daß auch die klassische Anstaltspsychiatrie sich viel mit den Fragen der Grenzerscheinungen und der Abgrenzung der verschiedenen Krankheitsbilder beschäftigt hat. Zuerst haben dazu differentialdiagnostische Gründe Anlaß gegeben. Die Abgrenzung psychischer Krankheiten von den somatischen, die vegetative Begleiterscheinungen oder andere psychische Symptome

aufweisen, war eine praktische Notwendigkeit. Ein großes praktisches Problem war auch die Unterscheidung zwischen Normalität und psychiatrischer Krankheit, ein Problem, welches sehr schwere Konsequenzen mit sich ziehen konnte. Jedes Lehrbuch enthält daher ein kurzes Kapitel über die „Grenzen des Irreseins", und die Frage vom Übergang zwischen Normalität und Psychose wurde überall diskutiert.

Für diese Problematik wurde der Begriff der Grenzzustände im allgemeinen Sinne sehr früh gebraucht. In der amerikanischen Literatur wurde der Ausdruck „borderline" schon Ende des letzten Jahrhunderts oft erwähnt, teils für die Benennung der prodromalen psychischen Syndrome körperlicher Erkrankungen (*Hughes*, 1884), teils als ein Name für die Zwischenstufen von geistiger Gesundheit und Krankheit (*Rosse*, 1890). Im deutschen Schrifttum erschienen schon um die Jahrhundertwende Bücher, die ausschließlich der Besprechung der Grenzzustände gewidmet waren (z. B. die Werke von *Hoche, Pelman, Birnbaum* und anderen, siehe dazu: *Kraepelin, Lange*, 1927; *Lewis*, 1966; *Grinker*, 1975).

In dieser Zeit war die Unterscheidung von Psychosen untereinander nicht problematisch und wurde unter dem Begriff der Mischpsychosen behandelt. Die Frage der Neurosen stand damals noch – wie auch im allgemeinen heute – nur am Rande des Interesses und der Aufmerksamkeit der Anstaltspsychiatrie. Die Abgrenzung von Neurosen und Psychosen wurde dann in den Bereich der allgemeinen Diagnose von Psychosen subsummiert, in der der Nachdruck auf das Gebiet der Psychosen selbst und nicht auf die Neurosen fiel.

Die Grenzformen der Schizophrenie haben jedoch den Psychiater immer wieder vor schwierige diagnostische Aufgaben gestellt. Unter der Vorherrschaft des Konzepts der Dementia Praecox mußte die Diagnose ständig revidiert werden, sobald der Zustand des Patienten sich wesentlich gebessert hatte und gegen die Erwartung keine Verblödung eintrat (*Lewis*, 1966). Fälle, die als geheilt oder gebessert gelten konnten, bekamen eine andere Diagnose, und dadurch wurden die Ärzte zur Schaffung neuer nosologischer Entitäten gezwungen. Nur die Prägung des Schizophreniebegriffes durch *Bleuler* hat den Raum für die Diagnose der häufigsten Psychose, welche in der Anstalt zu treffen ist, wesentlich erweitert.

Aus den diagnostischen Schwierigkeiten wurden Auswege in mehrere Richtungen gesucht. Zuerst bot sich das Konzept der schizophrenen Reaktion, das es ermöglichte, ohne die Voraussetzung eines schizophrenen Prozesses eine schizophrenieartige Symptomatik nosologisch erklären zu können. Später entwickelte sich daraus die Gegenüberstellung von einer reaktiven und einer Prozeßschizophrenie (*Higgins*, 1964, 1969). Eine andere Richtung vertrat die Formulierung des Psychopathiebegriffes. Dieser wurde seit *Kraepelin* mit immer neuem Inhalt gefüllt und war durch die uferlose Verwendung nicht nur für die Aufnahme

beliebiger Krankheitsbilder fähig, sondern diente sogar dem klassischen Ziel des psychiatrischen Denkens, die Kausalität krankhafter Verhaltensformen in das Somatische zu verschieben. Dem Bestreben, dieses Ziel zu erreichen, entsprach auch die Konstitutionslehre von *Kretschmer* und anderen und die Annahme einer körperlich begründeten Schizoidität. Die enorme Popularität solcher Theorien in den Vorkriegsjahren ist ja kein Zufall, sie ist aus diesem Bestreben, eine somatische, neurologische Ätiologie zu finden, erklärbar. In derselben Tradition liegt der neuere Begriff der „Minimal Brain Dysfunction". Diese Auffassungen benutzten – obwohl nur implizit – das Modell einer gleitenden Skala zwischen normalen und psychotischen Persönlichkeiten, was heute in der Dynamischen Psychiatrie für selbstverständlich gehalten wird.

Nur die psychoanalytischen Schriften hatten noch Raum für eine psychogenetische Erklärung der Grenzzustände. *Bleulers* Theorie über den Autismus und die latente Schizophrenie (*Bleuler*, 1911), *Reichs* Charakterneurose und die späteren Vorstellungen über die narzißtischen Neurosen stehen dafür als Beispiele.

Das eigentliche Konzept des Borderline-Syndroms wurde in der amerikanischen Psychiatrie herausgearbeitet, die zwar stark von psychoanalytischen Ideen beeinflußt war, sich jedoch auf dem Grund der Anstaltspsychiatrie weiterentwickelt hatte (unter dem Einfluß ihrer führenden Persönlichkeiten wie *Adolf Meyer*). Für die Klassifizierung der atypischen neurosenartigen Psychosen wurde in der amerikanischen Literatur neben dem Ausdruck des Borderline-Syndroms (oder borderline case, borderline patient, borderline state) eine Reihe von Synonymen, z. B. die pseudoneurotische Schizophrenie (*Hoch, Palatin*, 1949; *Cattell*, 1966; usw.), die pseudopsychopathische Schizophrenie (*Dunais, Hoch*, 1955), „latent psychosis", „latent schizophrenia" *(Bychowski)* oder „ambulatory schizophrenia" usw. gebraucht. Heute wird von diesen Bezeichnungen das Borderline-Syndrom am häufigsten gebraucht, aber die anderen finden gleichfalls oft ihre Verwendung, und es gibt Fachleute, die die nosologische Selbständigkeit einiger der genannten Krankheitsformen auch heute noch verteidigen. Aber allmählich wurden die spezifischen Kriterien des Borderline-Syndroms klar formuliert, und die meisten Psychiater, die sich mit Borderline-Fällen beschäftigt haben, stimmen darin überein, daß das Borderline-Syndrom – wie es *Melitta Schmideberg* in einer zusammenfassenden Abhandlung treffend ausgedrückt hat (*Schmideberg*, 1959) – mehr als die quantitative Summe der Kombination neurotischer und psychotischer Merkmale ist, es ist qualitativ etwas Neues: „a clinical entity (with the due reservations applying to the concept of any entity)".

Während die Anwendung der Synonyme des Borderline-Syndroms im allgemeinen auf retrospektive Weise, „post festam", geschieht (zumeist wird die frühere neurotische Anamnese und Behandlungsgeschichte nur

nach dem Ausbruch florider psychotischer Symptome als Anzeichen einer pseudoneurotischen Schizophrenie gewertet), kann und soll das eigentliche Borderline-Syndrom auch ohne eine Manifestation psychotischer Episoden erkannt werden. Die Kriterien der Diagnose eines Borderline-Syndroms enthalten folgende Elemente: eine andauernde Wahrnehmungs- und Denkstörung in bestimmten Bereichen, die starke Ambivalenz der Gefühle, die Bindungsschwierigkeiten, besonders die Unfähigkeit gegenseitiger emotioneller Beziehungen, die daher stammende Vereinsamung, die unsichere Anpassung an gesellschaftliche Normen und die Planlosigkeit und Inkonsequenz der Lebensführung.

Katamnestische Untersuchungen (z. B. *Grinker, Werble, Diye,* 1968; *Werble,* 1970; usw.) haben festgestellt, daß die Borderline-Zustände verhältnismäßig stabil sind und sowohl die Grundstörung als auch die Symptome jahrelang und jahrzehntelang bestehen können, ohne in eine manifeste Psychose überzugehen. Das ist eine Angabe, die auch in die neuen Lehrbücher der Anstaltspsychiatrie eingegangen ist (*Schulte, Tölle,* 1975).

Innerhalb der psychoanalytischen Literatur wurden viele Beobachtungen und Bemerkungen über die Therapie der Borderline-Patienten veröffentlicht, und es wurde immer wieder betont, daß diese Patienten die liegende Körperlage während der Sitzungen und die übliche Abstinenzregel der psychoanalytischen Situation schwer ertragen können. Sie haben eine Neigung zur symbiotischen Übertragungsreaktion und brauchen die schützende, helfende und liebevolle Zuwendung des Therapeuten (z. B. *Chessi,* 1971; usw.).

Die verschiedenen Bestimmungsversuche des Wesens des Borderline-Syndroms, die katamnestischen Untersuchungen und die vereinzelten psychoanalytischen Beobachtungen gehören schon zur gegenwärtigen Borderline-Diskussion. Diese bilden die Elemente, die von einigen modernen Forschern, unter ihnen besonders von *Ammon,* in ein neues, inhaltsreiches und heuristisches Konzept integriert worden sind.

Die heutige Anstaltspraxis nimmt aber die Existenz des Borderline-Syndroms nur selten wahr. Die Ärzte kennen – und brauchen eigentlich – den Borderline-Begriff nicht, weil die diagnostische Kategorie der Schizophrenie genügend breit ist. Auch leichte psychotische Symptome, das rasche Abklingen oder der Verdacht auf einen schleichenden atypischen Prozeß berechtigen zur Diagnose einer Schizophrenie, versehen mit einem entsprechenden Adjektiv, von dem es in der modernen psychiatrischen Terminologie eine fast unübersehbare Menge gibt.

In ungarischen psychiatrischen Abteilungen z. B. konnte ich niemals die Diagnose des Borderline-Syndroms antreffen, und auch das statistische System unserer psychiatrischen Krankenversorgung enthält keine Angaben über das Vorkommen dieses Syndroms in Ungarn. Das ist verständlich, wenn man bedenkt, daß in der Internationalen Klassifikation

der Krankheiten (herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation), deren diagnostische Kategorien als Richtlinien für die Bestimmung der Krankheitsbilder offiziell anerkannt worden sind, bis zu ihrer letzten, 1975 erschienenen Ausgabe der Begriff Borderline nicht erwähnt wurde. Nur in der letzten Ausgabe wird diesem Krankheitsbild etwas Raum gegeben. Demgegenüber ist die Kategorie der Schizophrenie ungeheuer breit, der Arzt wird ermuntert, diese Diagnose zu stellen, wenn Wahrnehmungs-, Denk- und Affektstörungen aus für ihn nicht anders erkennbaren Gründen vorliegen, unabhängig von Dauer und Schwere der Symptome. Wenn das symptomatische Bild keine Psychosendiagnose ermöglicht, bleibt die Kategorie der Psychopathie immer noch für das Abstempeln des Falles, ebenfalls mit einem entsprechenden Adjektiv, wie z. B. „haltlos", „schizoid", „infantil" usw.

Borderline-Kranke werden im allgemeinen nur in Krisensituationen in psychiatrische Abteilungen eingewiesen. Dort verhalten sie sich in der Regel schnell angepaßt und bleiben nur selten längere Zeit in der Anstalt. Sie haben eher die Tendenz, in schwierigen Lebenssituationen wegen ihrer dann wieder auftretenden Symptomatik häufig in das Krankenhaus zurückzukehren. Die „Drehtürpsychiatrie" manifestiert sich auch durch die mangelnde Behandlung dieser Fälle. Es ist sehr häufig, daß eine Krisensituation Borderline-Kranke zum Suizidversuch treibt. Es ist nicht bekannt, welchen Anteil der gelungenen Selbstmorde Borderline-Fälle ausmachen, aber unter den Selbstmordversuchen, und besonders unter wiederholten Selbstmordversuchen ist ihre Zahl gewiß sehr groß. Manchmal ist die Wiederholung von ernsthaften, jedoch nicht lebensgefährlichen Suizidversuchen das erste Symptom, welches diese Kranken mit der Psychiatrie in Verbindung bringt.

Die klassischen Heilmethoden der Anstalt vermögen zwar die auffallendsten psychischen Symptome und die Angst und qualvolle Spannung der aktuellen schwierigen Lebenslage zu lindern, bieten aber diesen Kranken keine bleibende Hilfe. Man vermutet (aber das ist nicht leicht zu beweisen), daß einige Methoden, z. B. die intensive Elektroschockbehandlung (zwei bis drei oder mehrere Schocks täglich, eine Praxis, die u. a. in Ungarn bis vor nicht langer Zeit in großer Mode gewesen ist), durch die Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen und damit durch die Störung der Bewältigungsmechanismen eher Schaden anrichten. Im Laufe der wiederholten Hospitalisierungen bekommen die Borderline-Patienten eine bleibende Diagnose, die sie später in ihrer psychiatrischen „Karriere" (im Sinne von *Goffman*, 1961 und *Becker*, 1963) als ein Etikett mit sich tragen.

Die Etikettierung geschieht ebenso regelmäßig in Neurosenabteilungen, die die eigentlichen Schauplätze der Behandlung dieser Kranken sind, weil ihre schillernde Symptomatik eher als Manifestation einer Neurose aufgefaßt und demgemäß behandelt wird. Neurotische Funktionsstörun-

Borderline Syndrome in Theory and Practice in tal Hospital Psychiatry

Buda

his paper the author describes the systematical and therapeutic e of concepts of the borderline syndrome in mental hospital niatry. Even though the concept of the borderline syndrome has known for over half a century it had never been specified. It had ded all the symptoms between psychosis and neurosis which were cult to classify. In his paper, *Buda* refers to *Ammon*'s concept of orderline syndrome which states that there is a structural ego-deficit en behind seemingly neurotic symptoms, i.e. a structural weakness go-integration leading to a multiple psychopathological pheno-logy.

om the author's point of view *Ammon* has not only developed a ept for ego-diseases in which the heterogeneous symptoms analogous urosis and psychosis are combined within a special picture of mental s, but he has also considered the practical possibilities of dynamic iatry. Generally, the author understands the borderline syndrome archaic disturbance of ego-organization which in its nosology s a gliding spectrum of ego-deficitary structure. It is this fact, explains above all the shattering of ego-identity of the borderline nt. The therapeutic consequences are decisive for the reflections e author when he criticizes the traditional psychiatric concept of opathy and its classification and when he stresses the positive ilities in a therapeutic milieu of a dynamic psychiatric clinic. In resent concepts of psychiatric treatment the construct of psycho- is given too much importance. In practice the concept of psycho- serves in most cases only for labeling the patient without any standing of his psychodynamics. The understanding of symptoms ool psychiatry is in accordance to the practice within mental als. The hospitalization of borderline patients pushes them into ation of alienation and shattering of emotions which corresponds y to their inner psychodynamics. The author demands a reflection eform of structure under dynamic psychiatric aspects of the old l hospitals, which up to now have concentrated much more on y of neurosis and not on the deficient situation of patients which from archaic ego-diseases.

cluding the author demands a basically new reflection on the t's role within the clinic, on the significance of diagnostic cata- on the relations between psychiatrist and patient, and on the lity to stay in contact with members of the patient's family. asks for a principal restructuring of mental hospitals into thera-

s Borderline-Syndroms, und das ift die Diagnose einer bestimmten n anhaftet.

entsprechenden symptomatischen wichtig, damit er seine Kranken- irztliche und innerhalb dieser für und die angenehm permissive lten kann. Der Patient ist daher unbewußt, den auf seine Krank- irztlichen Erwartungen entgegen- ichtig gehaltenen Klagen in den die Borderline-Kranken zu Fällen hobikern oder Sexualneurotikern. nstaltspsychiatrie sich ganz nach nd aus symptomzentrierten thera- die Arzt-Patient-Beziehung unge- n Spiel von Behandlung und ent- r im medizinischen Bereich so oft (Zusammenspiel, geheimes Ein-, und anderen) zwischen Arzt und lten des Patienten an das Kranken- ine-Kranke an Motivationen, die e Bewältigungsarbeit bisher auf- ur behandelnden Institution kann ird eine lebenslang dauernde neu-

g von Borderline-Patienten, sind lden. Der intensive Angriff auf ein r Aggression oder mit verhaltens- nen gefährlichen Symptomwechsel gewicht durch den Verlust der in Abwehrmöglichkeiten gestört wird. sychotischen Reaktion weichen oder ung mit Selbstmordtendenzen ver- glichkeit anbetrifft, können die Ex- spräche, die durch gutwillige, aber rapeuten durchgeführt werden, eine die sich auch in starker Regression men können unmittelbar auslösende oder psychotischen Reaktionen sein. wischen der Anstaltspsychiatrie und ch wert, kurz erwähnt zu werden. llen von psychosomatischen Krank- Verhaltensstörungen innerhalb des

peutic communities with a variety of combined therapeutic treatment techniques.

Literatur

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
– (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
Becker, H. S. (1963): Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance (New York: The Free Press)
Bleuler, E. (1911): Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien (Wien und Leipzig: Deuticke)
Cattell, J. P. (1966): A Psychodynamic View of Pseudoneurotic Schizophrenia. In: *Hoch, P. H.; J. Zubin,* eds.: Psychopathology of Schizophrenia, a. a. O.
Chessick, R. D. (1971): Use of the Couch in the Psychotherapy of Borderline-Patients. In: Arch. General Psychiat. (25) 306–313
Dunais, S. C.; P. H. Hoch (1955): Pseudopsychopathic Schizophrenia. In: *Hoch, P. H.; J. Zubin,* eds.: Psychiatry and the Law, a. a. O.
Goffman, E. (1961): Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates (New York: Doubleday)
Grinker, R. R. Sr.; B. Werble; R. C. Diye (1968): The Borderline Syndrom (New York: Basic Books)
Grinker, R. R. Sr. (1975): Neurosis, Psychosis and the Borderline States. In: *Freedman, A. M.; K. I. Kaplan; B. J. Sadock,* eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry, sec. ed., Vol. I, p. 845–850 (Baltimore: Williams and Wilkins)
Higgins, J. (1964): The Concept of Process-Reactive Schizophrenia: Criteria and Related Research. In: Nerv. Mental Disease (138) 9–25
– (1969): Process-Reactive Schizophrenia: Recent Development, Nerv. Mental Disease (149) 450
Hoch, P. H.; P. Palatin (1949): Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. In: Psychiat. Quart. (23) 248–257
Hoch, P. H.; J. Zubin, eds. (1955): Psychiatry and the Law (New York: Grune & Stratton)
–, eds. (1966): Psychopathology of Schizophrenia (New York: Grune & Stratton)
Hughes, C. (1884): Borderline Psychiatric Records: Prodromal Symptoms of Physical Impairments. In: Alien. and Neurol. (5) 75 (cit: *Lewis,* 1966 und *Grinker,* 1975)
Kraepelin, E.; J. Lange (1927): Allgemeine Psychiatrie (Leipzig: J. A. Barth)
Lewis, N. D. C. (1966): History of the Nosology and the Evolution of the Concepts of Schizophrenia. In: *Hoch, P. H.; J. Zubin,* eds. (1966): Psychopathology of Schizophrenia, a. a. O.
Menninger, K.; M. Mayman; P. W. Pruyser (1963): The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness (New York: Viking Press)
Rosse, J. C. (1890): Clinical Evidence of Borderline Insanity. In: Nerv. Mental Disease (17) 669 (cit.: *Grinker,* 1975)
Schmideberg, M. (1959): The Borderline Patient. In: *S. Arieti,* ed.: The American Handbook of Psychiatry (New York: Basic Books)
Schulte, W.; R. Tölle (1975): Psychiatrie (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
Werble, B. (1970): Second Follow-Up of Borderline Patients. In: Arch. General Psychiat. (23) 307–313
Willi, J. (1972): Die hysterische Ehe. In: Psyche (26) 326–356

Adresse des Autors:
Dr. med. Béla Buda
I. Batthyany u. 3
Budapest/Ungarn

Außenweltentfremdung als Ausdruck einer archaischen Ich-Krankheit**

Peter Haerlin*

Der Autor versteht die Gefühle der Entfremdung, d. h. der Unwirklichkeit und Bühnenhaftigkeit der Objektwelt von Borderline-Kranken nicht neurosenpsychologisch als Folge von Vorgängen der Libidounterdrückung und des Libidorückzugs, sondern als Ausdruck archaischer Ich-Defizite. Er folgt darin H. Deutsch und G. Ammon. Am Beispiel einer stationär behandelten Borderline-Kranken werden vier Ursachen für Entfremdungsgefühle herausgearbeitet. Diese werden in Zusammenhang erstens mit einem primärnarzißtischen Defizit, das durch den Als-Ob-Charakter mütterlicher Zuwendung entstanden ist, zweitens mit einem Defekt der Abgrenzungsfähigkeit gegenüber einer depressiv-parasitären Mutter gebracht, die mit ihren Forderungen allgegenwärtig ist. Ihr gegenüber hat die Objektderealisation die defensive Bedeutung einer Flucht, aber auch die aggressive Bedeutung eines Muttermordes aus Angst vor der gänzlichen Ich-Auslöschung. Drittens liegt nach der These des Autors den Entfremdungsgefühlen eine mangelhafte Ausbildung der Ich-Funktion der konstruktiven Aggression zugrunde, die eine zentrale Bedingung lebendiger Objekterfahrungen ist. Viertens wird eine archaische Identitätsdiffusion für die Derealisation verantwortlich gemacht. Die Erfahrung realer und konturierter Objekte kann nur ein Ich machen, das in den verschiedenen Interaktionssituationen mit dem Objekt eine Identität hat, weiß, wer es ist. Ist dies nicht der Fall, so bleiben die Objekte ebenso unwirklich und unbestimmt wie das Ich.
Die Therapie folgt der Schichtung der Ich-Defizite. Die durch die reparative therapeutische Symbiose ermöglichte Verinnerlichung freundlicher, zuverlässiger und Orientierung gebender Objekte ist die Strukturbedingung zuerst der Abgrenzungsfähigkeit, dann der konstruktiv-aggressiven Ausbildung einer eigenen Identität und Realitätszuwendung.

Mein Referat hat das Entfremdungsgefühl von Borderline-Kranken zum Gegenstand. Nach einer Kurzformel von *Freud* (1936) kann das Erlebnis der Objektentfremdung oder Derealisation als das Gefühl bestimmt werden: „Was ich da sehe, ist nicht wirklich." Beim Borderline-Kranken aber hat die ganze Erfahrungswelt den Charakter des Unwirklichen, Flüchtigen, Bühnenhaften, so wie sein Ich den Charakter der Als-ob-Persönlichkeit hat. *Ammon* (1973) schreibt von den Objektbeziehungen des Borderline-Kranken: „Die Objekte bleiben fremd, die Beziehungen bleiben sozusagen schattenhaft, sie stehen unter dem Gesetz der Kontaktlosigkeit und können nur so lange aufrecht erhalten werden, wie diese grundlegende Kontaktlosigkeit aufrecht erhalten werden kann."

Nach *Federn* (1956) resultiert die erste Entfremdung in der Kindheit meist aus einem Schreckerlebnis. Ich meine, es gibt zwei Formen des archaischen Schreckens, der den Derealisationen des Grenzfall-Kranken –

* Priv.-Doz. Dr. phil., Psychotherapeut, Mitarbeiter des Münchener Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

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

und zwar nicht nur als traumatisches Einzelerlebnis, sondern als Grundstimmung – zugrunde liegt. Sie treten im Rahmen des „Symbiosekomplexes" (*Ammon,* 1973) auf, der die Borderline-Phänomene strukturiert. Es ist einmal der aus dem symbiotischen Defizit stammende Schrekken des Kranken über seine Verlassenheit von den primären Objekten, zum anderen sein Schrecken über das symbiotische Gefängnis, in dem er vom parasitären Elternteil gehalten wird, der sich mit seinen vom Kind als riesenhaft erlebten Bedürfnissen und zur Kompensation eigener Strukturdefekte an dieses anklammert.

Die Entfremdungserlebnisse, die Folgen und Anzeichen einer archaischen Ich-Krankheit sind, unterscheiden sich von solchen, die aus einem neurotischen Konflikt stammen. Ich kann hier auf die Unterscheidung beider Entfremdungstypen nicht eingehen, auch nicht auf die verschiedenen neurosenpsychologischen Erklärungen der Entfremdungsgefühle, so von *Freud* (1936), *Federn* (1956), *Schilder* (1973), sondern möchte nur darauf hinweisen, daß im Gegensatz zu ihnen schon *H. Deutsch* (1942) die Fremdheitserfahrung der Als-ob-Persönlichkeiten als Projektionen einer Gefühlsstörung und inneren Leere auf die Außenwelt verstanden hat, die nicht repressiv-neurotisch, sondern durch defizitäre Ich-Aufbauvorgänge bedingt seien.

Wie *Ammon* (1975) beschrieben hat, sind die Entfremdungserlebnisse auf eine Störung im Bereich der archaischen Körper-Ich-Entwicklung zurückzuführen, auf einen Defekt in der Ausbildung der Ur-Identität, die das Kind in der frühesten Mutter-Kind-Symbiose erwirbt.

Ich möchte nun anhand eines Fallberichts beispielhaft den Zusammenhang zwischen den Entfremdungsgefühlen und einmal einem symbiotischen Defizit sowie zum anderen der mangelnden Abgrenzungsfähigkeit eines schwachen Ichs darstellen, dessen instabile Grenzen von den parasitären Bedürfnissen einer infantilen Mutter ständig überflutet zu werden drohen.

Die 27jährige Patientin, die ich vorstelle und die an chronischen Entfremdungsgefühlen litt, befindet sich gegenwärtig noch in unserer Münchner dynamisch-psychiatrischen Klinik in stationärer Psychotherapie. Sie lebte vor ihrer Aufnahme in die Klinik angeklammert an einen über 25 Jahre älteren Mann in der gemeinsamen Wohnung, die sie wegen schwerer agoraphober Ängste so wenig wie möglich verließ. Ihre Stelle als Kindergärtnerin hatte sie seit einem Jahr gekündigt, da sie sich einem Beruf nicht mehr gewachsen fühlte. Die Patientin hat innerhalb der Kliniksituation eine kombinierte analytische Psychotherapie. Ich leite zusammen mit einem Kollegen die Gruppe, an der sie teilnimmt, und sehe sie zusätzlich einmal wöchentlich in einer Einzelsitzung. Der folgende Bericht beruht auf meinen persönlichen Notizen über den Therapieverlauf.

Die chronischen Entfremdungsgefühle der Patientin kehrten in ihren Klagen immer wieder. Sie empfand das Klinikleben wie durch einen

Nebel hindurch, unwirklich, wie einen Film. Ebenso kam ihr ihre eigene Person unwirklich vor, ihr Ich-Gefühl war das eines auseinanderfallenden Ichs. Diese Gefühle verstärkten sich in Situationen, die in besonderem Maß Angst und Einsamkeit bedeuteten. Auch das Symptom, durch welches die Krankheit der Patientin zum ersten Mal auffällig geworden war und dessentwegen sie im 14. Lebensjahr in eine jugendpsychiatrische Station eingeliefert wurde, war ein Entfremdungserlebnis. Sie wurde auf dem Heimweg von der Kochschule, den sie mit einer Freundin lustig und schäkernd angetreten hatte, plötzlich von einem narkoseartigen Zustand überfallen. In ihm hörte sie zwar die Stimme der Freundin noch deutlich, konnte ihr auch Antwort geben, aber beide Stimmen erschienen ihr unwirklich, in die Ferne gerückt und erschreckend. Sie sagte, damals sei eine Leitung zu ihr selbst gerissen.

Einige Tage zuvor war sie Zeuge eines heftigen nächtlichen Streits zwischen den Eltern gewesen. Der Vater, ein Gipser, war betrunken und erst gegen vier Uhr morgens heimgekommen, eine Freiheit, die er sich der Mutter gegenüber gelegentlich herausnahm. Er bekam dafür von dieser, die der Patientin vorher die Nacht hindurch ihre Verlassenheit, Krankheiten und Bitterkeiten geklagt hatte, die schlimmsten Vorwürfe zu hören. Die Patientin sah die Wut in seinen Augen – er konnte nur aggressiv sein, wenn er betrunken war – und begann in der Furcht, er werde der Mutter etwas antun, laut und durchdringend in die Nacht hinaus zu schreien. Durch diese Szene hat sich in ihr das Gefühl der Angst und Verlassenheit so sehr verdichtet, daß es mit jenem Entfremdungserlebnis zu dem Abbruch jeden emotionalen Kontaktes mit der Umwelt kam. Sie legte sich zuhause auf die Couch und hatte panische Angst, verrückt zu sein. Bezeichnenderweise fiel ihr, als sie mir dies berichtete, die Erinnerung ein, daß sie sich dabei Photos vom Vater aus seiner Kriegszeit ansah, und daß dieser neben ihr saß und gleichgültig oder hilflos, jedenfalls ohne jede hilfreiche Beziehung zu ihr, einen Apfel aß. Er war ein depressiv zurückgezogener Mann, der sich öfters mit seiner Ziehharmonika in den Wald setzte und von dort, wie die Patientin meinte, am liebsten nicht zurückgekehrt wäre. Er schlug sie gelegentlich im Dienst der Mutter, die beide kontrollierte. Dennoch kroch sie gern zum Vater ins Bett, dort sei es warm gewesen, während es im Bett der Mutter stickig und sumpfig war.

Diese war eine ebenfalls depressive, ängstliche Frau, bei deren Kontrolle über die Tochter das Mittel der psychosomatischen Erpressung, häufiger Krankheiten oder Kränklichkeiten, eine wichtige Rolle spielte. Als Reaktion darauf sah diese sie in ihrer Phantasie oft sterben und den Leichenwagen schon vor der Tür stehen. Dieser Phantasie entsprach ein oft geträumter Jugendtraum, in dem sie selbst in einem Sarg lag und starb, um freilich anderswo wieder lebendig aufzuwachen. Auf der anderen Seite aber verführte die Mutter die Patientin durch Freundlich-

keiten, sie sei sensibel wie ein Therapeut gewesen. Dennoch oder gerade wegen dieser Fassade bat die Patientin bei verschiedenen Klinikaufenthalten die Ärzte flehentlich, sie nicht mehr nach Hause zurückzuschicken. Mehr oder weniger unbewußt erlebte sie die Mutter als völlig hilflos und untreu. So erinnerte sie sich daran, im 4. Lebensjahr von den Eltern zu einer Operation ins Krankenhaus gebracht worden zu sein, dabei auch das Versprechen erhalten zu haben, sie würden sie besuchen. Aber nur die anderen Kinder hätten Besuch bekommen. Mit 14 sei sie wegen Gelbsucht in einer Klinik gelegen, wo die Eltern hilflos weinend neben ihrem Bett gestanden seien. Die Ermahnung der Mutter, sie solle doch keine Angst haben, wurde durch die Angst unwirksam gemacht, die diese selbst ausstrahlte. Diese besonderen Situationen von Verlassenheit entsprachen den alltäglichen.

Die familiäre Atmosphäre war ohne Zärtlichkeit und von einem versteckten Haß bestimmt, der sich oft bei Kleinigkeiten, z. B. einer umgefallenen Bierflasche, entlud. Die Patientin litt darunter, daß sie zu den Eltern nicht aufschauen konnte. Sie drückte dies etwa dadurch aus, daß sie ihnen vorhielt, was für ein „doofes, häßliches Kind" sie sei. Sie machte sich selbst in penetranter und die Eltern quälender Weise schlecht, indem ihr nichts an sich selbst recht und sympathisch war. Die Eltern seien ihr auch feste Grenzen und Orientierungen schuldig geblieben. Sie wisse nicht einmal, ob sie ein Mädchen oder ein Junge sei. Die Mutter stand nicht zu klar umrissenen Forderungen, sondern verleugnete sie, aus Angst, ihr Kind sonst zu verlieren. Auch auf gröbste Aggressionen hin – so hielt ihr die Patientin z. B. beim Essen einmal ein Kondom vors Gesicht – stellte sie sich nicht einer ernsthaften Auseinandersetzung, durch die die Patientin eine Identität hätte gewinnen können; deren Aggressionen verliefen ins Leere. Die Patientin wurde nur in einer unbestimmten Angst vor der Hölle gehalten, die sie auch noch für ihren – der Befreiung von der Mutter dienenden – Klinikaufenthalt fürchtete.

Die einzige Identität, die stabil, obgleich damals unbewußt war, war die, daß sie gewissermaßen der Faden war, an dem das Leben und die Präsenz der Mutter hingen. So sagte sie: „Ich mußte meiner Mutter aus einem inneren Zwang heraus alles über mich erzählen, sonst wäre niemand da gewesen, und ich auch nicht." Sie hatte eine um 14 Jahre ältere Schwester, die schon früh aus dem Haus gegangen war. Mit dieser Schwester verband sie das Gefühl, sie habe alles bekommen, während die Eltern, alt und zerstritten, für die Patientin selbst, die vielleicht auch nur ihr Adoptivkind sei, keine Kraft mehr hätten. Durch ihre Scheinoffenheit versuchte sie, die bessere Tochter zu sein, die immer sterbende Mutter am Leben zu halten und zu einer freundlichen Mutter zu machen.

In der Klinik erlebte die Patientin ihre kranke Familie wieder, für die sie sich überverantwortlich fühlte. Ihre Übertragung hatte dabei tendenziell psychotischen Charakter. Sie war anfangs nicht dazu im-

stande, der allgegenwärtigen kranken Mutter, der Klinik, durch ein Splitting ein gutes und beschützendes Objekt entgegenzusetzen. So blieb ihr nichts, als sich in ihre Derealisationsgefühle zurückzuziehen, die sie selbst als Schutzwall bezeichnete, den sie brauche. Wenn sie alles Kranke um sich herum an sich heranlassen würde, müsse sie sterben. Zu Beginn der Therapie brach jedoch auch dieser Verleugnungsmechanismus zusammen. Die Patientin wurde für die Zeit von zwei Wochen mutistisch, verließ ihr Zimmer nicht mehr, wo sie sich, wie sie später berichtete, sicher, aber einsam fühlte, und hielt nur noch schriftlichen Kontakt mit Ärzten und Mitpatienten. Ich sehe darin einen autistischen Abgrenzungsversuch. Durch ihn konnte sie ihre Ich-Grenzen notdürftig aufrechterhalten, sich darüber hinaus freilich auch eine Sonderstellung in der Klinik sichern.

Ihr Verhalten war überdies Ausdruck einer extremen archaischen Wut. Sie war schließlich nur dadurch dazu zu bewegen, am Klinikleben wieder teilzunehmen, daß ihr vom Supervisor die Verlegung ins Bezirksnervenkrankenhaus angedroht wurde. Ernst nehmen konnte sie diese Drohung jedoch erst, als die Polizei bereits im Haus war, um sie abzuholen. Dies machte sie so wütend, daß sie dem Supervisor die Worte ins Gesicht schleuderte: „Ich habe nicht gewußt, daß Sie so ein Schwein sind!" Diese Reaktion der Patientin auf ein Vorgehen, durch welches sie aggressiv mit ihrer eigenen verleugneten Aggressivität konfrontiert wurde, war für sie bezeichnend. Sie äußerte diese Aggressivität weiterhin, indem sie wie schon vorher die Schwächen aller Klinikangehörigen – Therapeuten wie Mitpatienten – übergenau beobachtete, jede Gelegenheit ergriff, sich zurückgewiesen und gekränkt zu fühlen und insbesondere auf freundliche Zuwendung und Unterstützung mißtrauisch, beleidigt, ja mit Ekel reagierte. Sie provozierte damit ständig das Gefühl, was man ihr gebe, sei viel zu wenig, oder nur fassadär und betrügerisch. Durch diese Haltung rief sie bei den Mitpatienten Hilflosigkeit, Wut und Schuldgefühle hervor. Durch diese Schuldgefühle stieß sie die anderen einerseits von sich, band sie aber gleichzeitig auch an sich, so wie ihre Mutter es mit ihr getan hatte.

Im Gegensatz zu der abweisenden Haltung, durch die sie die Zurückweisung hervorrief, die sie erwartete, stand eine ganz andere, konstruktive Seite der Patientin. Sie spielte gern und gut Gitarre, eine Beschäftigung, bei der sie sich lebendig und existent fühlte, war nicht selten die „Stimmungskanone" unter den Patienten, malte im späteren Verlauf der Therapie mit großem Talent Bilder, die sie im Gemeinschaftsraum der Klinik aufhängte, und beteiligte sich gewöhnlich konstruktiv an der Milieutherapie.

Die begleitenden Einzelsitzungen, mit denen ich nach ihrem mutistischen Rückzug begann, lehnte sie anfangs innerlich ab. In der ersten Sitzung berichtete sie, daß sie vor ihrem Klinikaufenthalt in stickigen

S-Bahn-Abteilen von Angstanfällen, den narkoseartigen Zuständen und Erstickungsgefühlen, überfallen worden sei. Wie sie dort die „stickige und sumpfige" Mutter auf die Außenwelt übertrug, so in den Einzelsitzungen auch auf mich. Sie warf mir vor, ich würde ihr durch diese Stunden nur eine neue Leistungspflicht auferlegen, in Wahrheit wolle ich doch nur meine eigenen Bedürfnisse an ihr befriedigen. Dabei war ihre Aggressivität anfangs hinter einer eintönigen, trocken-leiernden, resignierenden Stimme versteckt, wobei ich ihre emotionslose Ablehnung, durch die ich mich in der ersten Stunde bis in meinen Körper hinein ausgetrocknet fühlte, als einen irgendwie gespenstischen Ersatz für eine ungeheuere Wut, ein Bedürfnis, körperlich um sich zu schlagen, empfand. Die Patientin selbst bezeichnete sich als Kind, das sich voll Angst und Wut zur Wand kehre und niemanden an sich heranlassen wolle. In der zweiten Sitzung jedoch äußerte sie ihre großen, einsam in der Nacht erlebten und mit einem Schwebegefühl verbundenen Ängste, daß sie verloren sei, wenn sie mein Kontaktangebot ablehne.

Sie versuchte anfangs also, auch mich aggressiv zu entwerten und zu derealisieren, einerseits in selbstzerstörerischer Absicht, um eine vollständige Verlassenheitssituation herzustellen; andererseits wollte sie die Mutter, die ja „wie ein Therapeut" gewesen sei und von der sie mich emotional nur wenig unterscheiden konnte, entlarven und auf Distanz halten. Ich verhielt mich, meine starken Gegenübertragungsgefühle kontrollierend, so, daß ich mich einerseits als jemand zur Verfügung stellte, der Kritik anhören konnte, ohne wie die Mutter Schuldgefühle zu erzeugen oder krank zu werden. Andererseits aber wich ich der Auseinandersetzung nicht wie die Mutter aus, sondern setzte der Zurückweisung der Patientin Grenzen und versuchte, sie aus der stagnierend-emotionslosen, verleugneten Aggressivität heraus zu einer offenen Auseinandersetzung zu bringen. Z. B. konfrontierte ich sie mit meinen Gegenübertragungsgefühlen, daß sie mich auf eine lautlose, aber kaltblütige Weise umbringen wolle, oder aber auf einem hohen Roß sitze und ihr nichts von dem, was ich ihr sage oder anbiete, recht sei. Die Patientin nahm solche Gefühle überrascht zur Kenntnis, reagierte manchmal auch mit beleidigter Wut, einmal lief sie aus dem Zimmer. Es machte ihr Angst, am Ausweichen in ihre verleugnete und heimliche Art, aggressiv zu sein, damit aber auch in die aggressive Derealisation der Mutter oder Mutternachfolger gehindert zu werden. Die Angst vor einer Auseinandersetzung zeigte sich am deutlichsten in der analytischen Gruppe, wo sie sich weit weg, vernebelt und wie über der Gruppe schwebend fühlte, wenn die Auseinandersetzung dort die immer leidenden parasitären Mütter betraf, so als ginge dieses Thema sie nichts an.

In einer Einzelsitzung kam einmal eine andere Patientin in den Raum, die sich, psychotisch reagierend, das ganze Gesicht mit schwarzer Tafelfarbe angemalt hatte. Meine Patientin weinte darauf heftig und er-

schreckt und äußerte das Gefühl, sie müsse ebenso schwarz werden wie die andere Patientin, das heißt böse, zur Mörderin, dann aber verrückt und von Gott verstoßen. In Sitzungen wie diesen, in denen sie Gefühle zulassen konnte – in dieser Stunde zum ersten Mal ihre verzweifelte Angst vor der Abgrenzung von der Mutter –, ließ sie auch mehr Kontakt zu mir zu. Dasselbe galt für Kontakte im Rahmen der Milieutherapie. Es bedeutete einen wichtigen, reparativen Splittingvorgang, daß die Patientin die Gruppe und die Therapeuten innerhalb der Milieutherapie im Gegensatz zur analytischen Gruppe eher als freundlich und unterstützend und sich selbst als lebendig erleben konnte. Ohne die zusätzliche Milieutherapie hätte sie nur sehr schwer ein Gefühl entwickeln können, zuverlässig getragen und unterstützt zu werden.

Ein weiterer Schritt kündigte sich an, als ich in den Einzelsitzungen in der Gegenübertragung bei der Patientin ein Gefühl wahrnahm, das anfangs ebenso geisterhaft, abgespalten und verleugnet im Raum stand wie anfangs die Aggression, nämlich ein symbiotisch-erotisches. Es kontrastierte anfangs eigenartig zu der vorwurfsvollen Ferne, verzweifelten Aufgelöstheit oder Aggressivität der Patientin. Verständlicher wurde es, als ich erfuhr, daß sie bis zum 10. Lebensjahr zu ihrem Schwager ins Bett kroch, wenn sie bei der Schwester zu Besuch war, im Kindergarten den Anführer der Buben zum Freund hatte und sich gern unter Soldaten – die sich auch in Träumen libidinös stark besetzt zeigten – aufhielt, die in ihrem Heimatort stationiert waren.

Entscheidend jedoch hingen die erotischen Gefühle, die sich erst später in Träumen abbildeten, mit der wiederauflebenden Beziehung zum Vater zusammen. Dieser begann in ihren Erinnerungen eine wichtigere Rolle zu spielen. Es wurde ihr deutlich, daß sie an ihn auch Bedürfnisse gehabt hatte, während es vorher so schien, als sei er für sie ohne jede Bedeutung gewesen. Die symbiotisch-erotische Übertragungsbeziehung bestand, bevor die Patientin sie zu mir aufnahm, in rudimentärem Ausmaß zum anderen Therapeuten ihrer analytischen Gruppe. Sie konnte sie ihm gegenüber jedoch kaum zulassen, da sie sonst, wie sie sagte, von ihr erdrückt worden wäre. Als sie sie auf mich übertrug, mußte sie die Beziehung zu meinem Kollegen abbrechen. (Während meiner Ferien, in denen sie sich von mir im Stich gelassen fühlte, nahm sie sie wieder auf.)

Dieser anfangs rudimentäre Splittingvorgang – hinter dem überdies die Angst vor einer Ich-Zersplitterung durch inkonsistente Identifikationen stand – ermöglichte der Patientin die aggressive Einstellung zu mir, während die Distanz zu mir, die durch unsere Auseinandersetzung hergestellt wurde, es ihr wiederum möglich machte, die symbiotische Nähe zu mir intensiver zuzulassen. Diese Entwicklung, die sie aus der Identität des Kindes, das die Mutter der Mutter sein sollte, in die Identität eines beschützten Kindes herausführte, setzte deutlich mit einem Vorfall ein, der es ihr erlaubte, das nicht voll entwickelte Splitting zwischen mei-

nem Kollegen und mir in einem momentanen intensiven Splittingvorgang zu vervollständigen.

Ein externer Kollege hatte Nachtdienst in der Klinik und fand die Patientin in Fötalstellung zusammengekauert im Gemeinschaftsraum der Klinik sitzen. Er sprach sie zuerst freundlich, dann aggressiver an, um zu erfahren, was sich in ihr abspiele. Darauf reagierte sie verzweifelt und wütend und rief mich schluchzend und aufgelöst zu Hause an. Sie sagte, sie habe das Gefühl, im leeren Raum zu schweben und wolle gehalten werden. Sie erlebe dieselbe Angst wie mit vier Jahren im Krankenhaus. Sie berichtete, daß die Katze einer Mitpatientin ein ungeheures Heimweh nach ihrem heimatlichen Garten und nach ihrem Hund, der im Vorjahr gestorben war, in ihr ausgelöst habe, und daß sie jenen Kollegen töten könne, denn sie habe wieder einmal erlebt, daß sie verständnislos und kalt behandelt würde, wenn sie einmal Gefühle zulasse. Sie hatte also die schlechte Mutter auf den externen Kollegen projiziert, und konnte mich in diesem Telephongespräch – mit ihren eigenen Worten – zum ersten Mal an sich heranlassen.

Ich nahm den nächtlichen Hilferuf empathisch an und ließ mir am nächsten Tag Bilder von ihrem Hund zeigen. Er war eine Mischung aus einem Pudel und einem Schnauzer, und strahlte sowohl etwas Mütterliches als auch etwas Männliches aus. Die Patientin brachte meinem Interesse für den geliebten Hund ein tiefes Mißtrauen, ob es echt sei, entgegen – ein Versuch, den zugelassenen Kontakt wieder zu zerstören –, und fühlte sich mir gegenüber wegen ihrer Offenheit in der Nacht zuvor tief und in mitleiderregender Weise befangen. Sie sagte, sie fühle sich mir gegenüber wie ein Tier, das in der Zimmerecke sitze und zum ersten Mal einen Menschen sehe. In der Folge wurde ihr Bedürfnis, in mir ein männliches Schutz- und Identifikationsobjekt zu haben, deutlich, und ich half ihr, sich mit Seiten an mir, die ihr offensichtlich wichtig waren, die sie aber abwehren mußte – z. B. meine Art, wenn nötig provozierend mit Patienten umzugehen – in konstruktiver Weise auseinanderzusetzen.

Unter dem neuen Schutz wurden ihr weitere Schritte der Abgrenzung von der Mutter möglich. Sie empfand und malte diese z. B. unter großer Angst zum ersten Mal als verführerische Hexe. Ich stand auf diesem Bild im Hintergrund und zielte mit einem Gewehr auf die Mutter, gleichzeitig aber auch auf sie, die in der Mitte zwischen mir und der Mutter stand, ein Zeichen dafür, wie gefährlich sie meine Unterstützung erlebte. So versuchte sie auch, die Auseinandersetzung mit der Mutter wiederum zu vermeiden und stattdessen in eine weltabgeschiedene Symbiose mit mir, gewissermaßen mit ihrer Gitarre zu dem im Wald musizierenden Vater zu flüchten.

In einem Traum war ich der Liebhaber der Patientin, verließ meine Familie und floh mit ihr aus der Klinik. In einem anderen Traum hatte der Vater eine neue Frau geheiratet, während die Mutter gestorben war.

Es war notwendig, die reparative Symbiose mit dem „mütterlichen Vater" nicht zu einer neuen Realitätsflucht werden zu lassen, sondern die Patientin weiter darin zu unterstützen, die Auseinandersetzung mit der Mutter, aber auch mit ihrer beruflichen Zukunft und der Realität außerhalb der Klinik fortzusetzen, die sie ursprünglich ebenso unwirklich und fern erlebte wie früher die Welt außerhalb ihrer Familie.

Zur theoretischen Diskussion des Fallberichtes möchte ich folgende Bemerkungen machen. Vier Ursachen schienen bei den Entfremdungsgefühlen der Patientin, die starke Züge einer Borderline-Schizophrenen hatte, eine zentrale Rolle gespielt zu haben:

Erstens die verinnerlichte mangelhafte Präsenz guter Objekte auf allen Entwicklungsstufen; zweitens die Unfähigkeit zur Ich-Abgrenzung und deren Ersatz durch Derealisation; drittens eine defizitäre Ausbildung der Ich-Funktion der konstruktiven Aggression und viertens die Identitätsungewißheit der Patientin.

Ihre Eltern waren als gute Objekte in zweifacher und sie tief verängstigender Form unwirklich: Ein gutes Objekt war für sie entweder unreal im Sinne eines schwachen und unfähigen Objekts, wie der Vater, oder unwirklich wie ein betrügerisches Objekt, das, wie die Mutter, nur eine Zuwendung gab, die einen starken Als-ob-Charakter trug.

Wirklich war für die Patientin in einem ihr unerträglichen Maß die infantile, parasitäre Mutter, die sie in einem symbiotischen Gefängnis hielt, aus dem ihr der Vater kein Entkommen ermöglichte, obgleich die rudimentäre Beziehungsalternative, die er ihr anbot, sie vor der Schizophrenie bewahrt haben mag. So blieb der Patientin nichts, als in ihren Entfremdungsgefühlen ständig auf der Flucht vor der beinahe allgegenwärtigen Mutter zu leben, die sich gewissermaßen immer sterbend an sie klammerte. Ihre Derealisation und Verleugnung hatte jedoch nicht nur eine defensive Seite, stammte nicht nur aus der Angst, sondern auch eine aggressive. Die Patientin reagierte auf die gefürchtete Auslöschung ihres Ichs mit einem versuchten Muttermord durch Derealisation. Diese hatte so den Charakter einer verzweifelten Notwehr.

Infolge der Einengung jeglicher Beziehung, die damit gegeben war, daß sich die Patientin in ihrem Ich als ausschließliches Besitztum der Mutter oder jeweiligen Mutternachfolgers verstand, und die auch in ihre freundlichen und reparativen Beziehungen hineinspielte, versanken ihr die übrigen Objekte ins Schatten- und Nebelhafte. Die Ich-Funktion der konstruktiven Aggression, die eine zentrale Bedingung lebendiger Objekterfahrungen ist, die Fähigkeit zu einer autonomen, sich ständig erweiternden Realitätseroberung, blieb arretiert. Die Mutter verstellte der Patientin gewissermaßen die Welt. Die Arretierung jener Ich-Funktion beruhte zudem auf dem noch archaischeren Gefühl der Patientin, daß es nicht lohne, an Objekte heranzugehen, da sie für ihre Bedürfnisse doch nicht wirklich präsent seien und sie nur im Stich ließen.

Schließlich ist als Ursache der Entfremdungsgefühle der Patientin ihre Identitätsdiffusion zu nennen, die sie selbst tief erschreckte. Die Erfahrung realer und konturierter Objekte kann nur ein Ich machen, das in den verschiedenen Interaktionssituationen eine an Identifikationsfiguren erworbene Identität besitzt, jeweils weiß, wer es ist. Wenn ein Individuum dagegen z. B. nicht weiß, ob es als Mann oder Frau ein Objekt wahrnehmen, begehren, erobern soll, wird dieses ebenso unbestimmt und unwirklich bleiben wie das Ich, das nicht weiß, wer es ist. Diese Identitätsdiffusion hatte bei der Patientin eine wichtige lebensgeschichtliche Ursache darin, daß die Eltern durch die Uneindeutigkeit ihrer Forderungen und aus der Angst vor wirklicher Auseinandersetzung sich der Patientin als Partner einer solchen identitätsstiftenden Auseinandersetzung verweigerten.

Für die Therapie bedeutsam war die therapeutische Symbiose der Patientin mit mir als dem „mütterlichen Vater" und der gesamten Klinikgruppe, in der sie eine Präsenz freundlicher Objekte, aber ebenso von Objekten der Identifikation und Orientierung erfuhr. Diese verinnerlichte Präsenz ist die Strukturbedingung für die Entwicklung der Abgrenzungsfähigkeit und der Ich-Funktion der konstruktiven Aggression. Ohne sie würde die Abgrenzung des Grenzfallpatienten vom symbiotisch-parasitären Elternteil nicht den Weg in die Freiheit, sondern einen vollständigen Objektverlust bedeuten, nämlich den Verlust des einzigen, wenn auch noch so unzureichenden und bedrohlichen Objekts, welches er besitzt, und für das zu leben ihm einen Schatten von Existenz- und Identitätsgefühl gibt. Erst nachdem die therapeutische Symbiose mit einem freundlichen Objekt im Schutze einer unterstützenden Gruppe – wie die Klinikgruppe es für die Patientin war – ausreichend erlebt worden ist, kann der Grenzfallpatient am Ausweichen in die Derealisation der parasitären Mutter gehindert werden, die Konfrontation und Auseinandersetzung mit ihr ertragen. Damit wird dann der Weg für eine konstruktiv-aggressive Zuwendung zur Welt in autonomer Identität frei.

Derealization as the Expression of an Archaic Ego-illness

Peter Haerlin

According to a short formula of *Freud*, the experience of object-estrangement or a feeling of unreality can be determined as the feeling: "What I see there is not real." In the borderline-patient, his whole world of experience possesses the character of the unreal, the theatrical, just as his ego has the character of the as-if-personality. Like *H. Deutsch* and *G. Ammon*, the author does not interpret the estrangement feelings as

neurotic symptoms, as the result of processes of libido-repression and -withdrawal, but as the expression of an archaic ego-deficit. According to *Ammon*, the estrangement-feelings can be traced back to a disturbance in the sphere of the archaic body-ego-development, a deficit in the development of the original identity, which the child acquires in the earliest mother-child-symbiosis. According to *Federn*, the first estrangement-experience is usually the result of a terror-experience in childhood.

The author mentions two forms of archaic terror which underlie the feeling of unreality of the borderline patient and which appear within the frame of the symbiosis-complex: the terror of the child over his original abandonment, springing from his symbiosis-deficit, and his terror over the symbiotic prison, in which he is held by a parasitic parent-figure, who clings to him to compensate for his own structural defects and refuses him an autonomous identity.

Taking as an example a stationary-treated borderline patient, four ego-deficits – which go back to a pathological dynamic of the primary group – are worked out to be the cause of estrangement-feelings. Firstly, these are brought into connection with the as-if-character of the primary maternal devotion and the deficient presence of ego-structural objects of identification and orientation. The experiencing of façade-like and weak primary objects is a prototype for later object-experiences, in that they can never, therefore, assume real liveliness.

Secondly, the author interprets the object estrangement as an expression of flight from an infantile, depressive mother, who persecutes the child almost ubiquitously with her demands; at the same time, however, as the equivalent of a mother-murder, which is carried out in self-defence, i. e. through fear of the total extinction of the identity of the child by the over-powerful mother. In so far, the estrangement has the character of an unsuccessful attempt of demarcation, it underlies a deficit in the development of the demarcation regulation of the ego.

In that the child understands himself to be the exclusive possession of his mother, from whom he is not allowed to separate himself in order to take possession of the world for himself, the ego-function of constructive-aggression remains arrested in its development. It is, however, the condition of living object-experience. Its arrest underlies – as even more archaic cause – the fear, springing from the deficient primary symbiosis, that it is not worthwhile to approach objects, since they are not really present for the needs of the ego and will only let him down.

As last cause of estrangement-feelings the author names the identity-diffusion of borderline-patients. The living experience of real and outlined objects can only be made by an ego which, in the various interacting situations, possesses an outlined identity, and knows, respectively, who it is. If definite identification-figures are missing, and if the pri-

mary relative persons do not make themselves available as partners of an identity-formation, an ego comes into being which has no limits and whose object-reality remains just as unreal and uncertain as itself.

In the case study, which covers this thesis, the therapy is considered, too. It followed the layers of the ego-deficits. First, the patient had to introvert sufficiently the presence of friendly objects, who gave her reliable motherliness and identification possibilities – whereby the analytical milieu therapy played a central part — in order to be able to endure being confronted with the denied aggressive side of her deprevation and feeling of unreality towards objects. As splitting-processes, of which she was at first incapable, became possible, her aggressions became more open and with this grew the feeling of a demarcated ego, which could endure the presence of objects to the measure of its demarcation ability. In connection with a re-experienced revival, during the transference, of needs towards the father, which had been suppressed by the possessiveness of the mother, the constructive-aggressive turning-to-reality of the patient in her own identity also developed.

Literatur:

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
– (1975): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. In: Integrative Therapie, H. 1, S. 58
Deutsch, H. (1942): Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia. In: Psychoanal. Quart. (11) 301
Federn, P. (1956): Narzißmus im Ichgefüge. In: Ich-Psychologie und die Psychosen (Bern: Huber)
Freud, S. (1936): Eine Erinnerungsstörung auf der Akropolis. Ges. W. Bd. XIV (London: Imago)
Schilder, P. (1973): Entwurf einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage (Frankfurt: Suhrkamp)

Adresse des Autors:
Priv.-Doz. Dr. phil. Peter Haerlin
Gumbinnenstr. 3
8000 München 81

Nachrichten

*VIII. Internationales Symposium der DAP****

Béla Buda*

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse hat ihr VIII. Internationales Symposium an der Düsseldorfer Universität veranstaltet. Die Vorträge und Diskussionen fanden in der Düsseldorfer Universität statt, wo sich mehr als 300 Teilnehmer versammelt hatten. Der größte Teil waren Deutsche, außerdem waren Teilnehmer aus elf anderen Ländern vertreten. Neben den größeren angloamerikanischen Gruppen und Teilnehmern aus Israel, Thailand und Japan waren auch einige wenige aus sozialistischen Ländern, wie Polen, Jugoslawien und Ungarn anwesend. Die große Zahl der Teilnehmer und der Ort der Veranstaltung, die Universität, sowie Simultanübersetzungen gaben dem Symposium internationalen Charakter.

Das Symposium unterschied sich von den vorangegangenen durch die große Zahl der 300 Teilnehmer. Beibehalten wurde, daß man in kleineren Gruppen die Möglichkeit intensiver persönlicher Gespräche hatte. 1973 fand die Veranstaltung in einem kleinen bayerischen Dorf in der dortigen Tagesklinik für intensive Milieutherapie statt, 1974 in einem exklusiven Sanatorium, gelegen in einem alten Park am Starnberger See, und 1975 im größten Hotel Taorminas.

Der im Laufe der Jahre wachsende äußere Rahmen versinnbildlicht die wachsende Bedeutung der Symposien. Die DAP wurde in der BRD zur größten psychoanalytischen Gesellschaft nicht nur mit der wachsenden Zahl der Ausbilder, sondern auch mit der Zunahme der Patientenzahl. Die Institute der DAP in Berlin, Düsseldorf und München können nach der glanzvollen Düsseldorfer Veranstaltung mit vermehrtem Interesse in ärztlichen und psychologischen Fachkreisen rechnen. Das fachliche Interesse wurde durch die Aktualität der Problematik des Borderline-Syndroms gesteigert. Dieses Thema steht seit einigen Jahren immer mehr im Vordergrund des psychiatrischen Interesses; die Literatur der letzten Jahre behandelt immer häufiger die theoretischen und praktischen Aspekte dieses Themas.

Der Begriff des Borderline-Syndroms bedeutet für die traditionelle Psychiatrie eine neue Betrachtungsweise psychopathischer Krankeitszu-

* Dr. med., Psychoanalytiker und Psychiater, Budapest

** Übersetzung eines Kongreßberichts, veröffentlicht in „Orvosi Hetilap" (ungarisches ärztliches Wochenblatt) 117. Jahrgang, 3081–3144, Budapest, 19. 12. 1976

stände, die als organisch verursacht und damit als irreversibel angesehen wurden, und faßt die Grenzfälle im Bereich zwischen Neurose und Psychose zu einem neuen Krankheitsbild zusammen.

In der psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis umgreift das Borderline-Syndrom eine große Gruppe der Patienten. In diesem Sinne ist der „Grenzbereich" (Borderline heißt englisch Grenzbereich, und daher rührt der Name des Syndroms, der so in die angelsächsische Fachliteratur eingeführt wurde) so groß, daß die Nützlichkeit des Konzeptes auf den ersten Blick fraglich erscheint. Jedoch ermöglicht das große theoretische und praktische Konzept Borderline-Patienten eine erfolgversprechende Therapie.

Die Vorstellung des Borderline-Syndroms kam schon im vorigen Jahrhundert sowohl in der europäischen als auch in der amerikanischen Psychiatrie auf. In der europäischen und der amerikanischen Literatur des vorigen Jahrhunderts spiegeln sich schon die Schwierigkeiten der Abgrenzung neurotischer und schizophrener Krankheitsbilder. Grundlegend beschrieben wurde das Borderline-Syndrom in den Arbeiten *Zilboorgs* und anderer in den dreißiger Jahren. Am Anfang lag der Schwerpunkt auf den pseudoneurotischen Formen der Schizophrenie; neuere Ansätze beruhen auf Arbeiten von *Winnicott, Grinker* und *Menninger*. *Günter Ammon*, der Gründer der DAP und DGG und Leiter des Berliner LFI, hat ein umfassendes Konzept des Borderline-Syndroms in mehreren Büchern entwickelt und dargestellt. Es ist sein Verdienst, daß das Borderline-Syndrom zum Thema des Internationalen Symposiums 1976 wurde.

Nach *Ammon* – wie er in seinem Plenumsvortrag auf dem Symposium sagte – ist das Borderline-Syndrom als archaische Ich-Krankheit auf dem gleitenden Spektrum zwischen Neurose und Psychose angesiedelt. Bei der neurotischen Erkrankung liegt kein strukturelles Defizit des Ichs vor, die Symptome zeigen sich in den Abwehrformen des an sich nicht gestörten Ichs. Bei den psychotischen Prozessen liegt jedoch ein strukturelles Defizit des Ichs vor. Die Folge ist eine Desintegration des fassadären Ichs und Störungen im Identitätsbewußtsein. Bei Borderline-Zuständen ist das Ich fast immer mehr oder weniger in Mitleidenschaft gezogen. Bei günstigen Umweltbedingungen kann sich jedoch durch Überkompensation der charakterneurotischen Symptomatik das Bild scheinbaren seelischen Gleichgewichtes zeigen. Durch Streß aber kann dieses scheinbare Gleichgewicht zusammenbrechen, dann zeigen sich unverhüllt auch psychotische Reaktionen. In dem beschriebenen scheinbaren seelischen Gleichgewichtszustand kommt der Patient wegen seiner neurotischen Störungen zum Arzt, wo er als Neurotiker diagnostiziert wird, dagegen wird der Patient im Stadium der schizophrenen Reaktion als Schizophrener bezeichnet. Nach *Ammon* entsteht das Borderline-Syndrom im Umfeld der gestörten Familienbeziehung. Die Entstehung der Border-

line-Persönlichkeit kann man durch Betrachtung des psychodynamischen Prozesses rekonstruieren. Je nach der pathomechanischen Konstellation des Syndroms ist eine spezifische therapeutische Taktik angebracht.

Je mehr sich das Syndrom von dem neurotischen Feld in das psychotische Feld verlagert, um so weniger kann man die klassische Analyse einsetzen. In diesem Bereich sind erfolgversprechend die aktive analytische Psychotherapie, Gruppentherapie und Milieutherapie, um das nach *Ammon* in der Kindheit nicht oder fehlentwickelte Ich nachträglich zu rekonstruieren. *Ammon* wies darauf hin, daß in der heutigen Zeit die Belastungen, die auf die Familie einwirken, zu Störungen der Familiendynamik führen. Nach seinen Untersuchungen haben 60% bis 70% der Patienten keine Neurosen im traditionellen Sinn, sondern zeigen Borderline-Syndrome. Dies hat natürlich Auswirkungen auf die Therapie. *Ammon* stellt detailliert die Diagnostizierung der Borderline-Erkrankung dar, die z. B. durch projektive Tests und verschiedene klinische Skalen durchgeführt werden muß. Er beschreibt die Kommunikationsschwierigkeiten der Borderline-Kranken, ihre Gefühlsambivalenz und den in der Therapie vorkommenden Übertragungswiderstand.

Das nächste Referat hielt Diplom-Psychologin *Ursula Keller,* Leiterin des Düsseldorfer Instituts der DAP. Es ergänzte *Ammons* Referat in gelungener Weise, indem es die Borderline-Dynamik der sexuellen Perversionen aufzeigte, wodurch das Spektrum des Borderline-Syndroms noch deutlicher wurde.

Diese waren wohl die bedeutendsten Referate des Symposiums. Erwähnenswert ist noch das Referat von *Erwin Ringel,* einer weltbekannten Kapazität in der Erforschung des Suizids und Beschreiber des präsuizidalen Syndroms. *Ringel* beschrieb die Borderline-Symptomatik in sehr ähnlicher Weise wie *Ammon* und stellte fest, daß die Borderline-Persönlichkeit sehr suizidgefährdet ist, weil der Borderline-Patient eine hochgradig fixierte Ambivalenz besitzt. Auch die zur Isolation führenden Kommunikationsstörungen passen in das Bild der Suizidgefährdung. Sehr interessant waren in diesem Zusammenhang die Erörterungen *Ringels* über den Begriff der Psychopathie. Er, wie auch andere Teilnehmer des Symposiums, hält diesen Begriff für unnötig, verwerflich und fatalistisch. Andere kleinere Referate beschäftigten sich mit verschiedenen psychiatrischen Konzeptionen, wie z. B. *Kretschmers* Psychopathologie-Begriff und der „minimal brain dysfunction".

Sehr interessant war der Vortrag von *Jan Pohl,* dem Leiter des Münchener Instituts der DAP, der auf der Basis des Borderline-Syndroms ausführlich die Zwangskrankheit darstellte. Die Referate von *Gisela Ammon* und *Regine Schneider* befaßten sich aufgrund empirischer Untersuchungen (Kindergarten, Familientherapie) mit der Entwicklung der Borderline-Symptomatik in der Kindheit. Andere kleine Referate beschäftigten sich mit der Therapie. So behandelte z. B. *Malcolm Pines,*

Präsident der Group Analytic Society, London, Borderline-Patienten mit Gruppentherapie. *Claus Bahne Bahnson* vom Eastern Pennsylvania Psychiatric Institut (Philadelphia), ein bekannter Forscher dieses Institutes, Spezialist für Familientherapie, beschrieb eine Familienpathologie auf dem Hintergrund des Borderline-Syndroms.

Kritische Stellungnahmen zu *Ammons* Theorie klangen in den Beiträgen von *Holzmann* (Chicago) und *Appelbaum* (Topeka) an. Diese lösten heftige, aber fruchtbare Diskussionen aus. Die Mitarbeiter der Institute der DAP brachten ausgezeichnete Falldarstellungen, die auf großes Interesse der Teilnehmer stießen. Aufgrund der gut und anschaulich gebrachten Falldarstellungen und Erläuterungen psychodynamischer Prozesse konnten wir die Therapie des Borderline-Syndroms nach *Ammon* deutlich nachvollziehen.

Zwei interessante Vortragsgruppen verdienen noch Erwähnung. Die eine beschäftigte sich mit den Sprachstörungen und der Dynamik der Kommunikationsstörungen, die andere hatte die Aufdeckung der Ich-Struktur durch psychologische Tests zum Inhalt. Bei den Sprachstörungen wurden Fragen psycholinguistischer Art und therapeutischer Erfahrungen behandelt *(Mechthild Kuhl, Friedrich Diergarten, Dieta Biebel).* Bei den Testberichten wurden alle bekannten Tests im Hinblick auf das Borderline-Syndrom untersucht. Es wurde davon gesprochen, daß die DAP einen speziellen Test für die Erkennung des Borderline-Syndroms in der Entwicklung hat. Parallel zu den Vorträgen liefen Arbeitsgruppen, was sehr informativ und nützlich war, da sie die Möglichkeit boten, mit den Referenten – die Gruppe nach Gruppe besuchten – die Referate zu diskutieren.

Dieses Symposium war so informationsreich wie keines zuvor und brachte viele neue Anregungen. Das Angebot an Informationen war so reichhaltig und die vier Tage des Symposiums dafür eigentlich zu kurz, so daß sogar der Empfang in den Düsseldorfer Rheinterrassen für den fachlichen Meinungsaustausch genutzt wurde.

Die Organisation des komplizierten Programms war beispielgebend. Die ausländischen Teilnehmer wurden besonders herzlich empfangen, insbesondere die aus den sozialistischen Ländern. So konnte ich ein Hauptreferat über das Borderline-Syndrom in Therapie und Praxis der klinischen Psychiatrie halten und hatte darüber hinaus die Gelegenheit, an einem Vormittag als Chairman zu fungieren. In unserer heimischen Literatur ist über das Borderline-Syndrom nur wenig zu erfahren, um so wertvoller war für mich die Teilnahme am Symposium. Sehr interessant waren die Auseinandersetzungen zwischen der traditionellen Psychiatrie und der orthodoxen Psychoanalyse auf der einen Seite und der *Ammon*schen Schule auf der anderen Seite.

Die Bedeutung des Symposiums spiegelte sich wieder in ausführlichen Presseberichten. Sogar das ZDF brachte trotz Überlastung mit Wahl-

kampfnachrichten eine Sendung über das Symposium. Für die Teilnahme an diesem gelungenen Kongreß schulde ich großen Dank *Günter Ammon* und den Instituten der DAP, die mir ihre Gastfreundschaft zuteil werden ließen. Weiterhin Herrn Prof. *Istvan Taviska* und der Hauptabteilung für „Internationale Kommunikation" des Gesundheitsministeriums, die mir die Teilnahme ermöglicht haben.

DGG

Fachbereich Gruppendynamik
Berlin

1 Berlin 15, Wielandstraße 27–28

18. Gruppendynamische Klausurtagung
Termin: 10.–20. 7. 1977
Ort: Tagesklinik Stelzerreut
Leitung: Dr. med. Mathias Hirsch

19. Gruppendynamische Klausurtagung
Termin: 28. 7. – 6. 8. 1977
Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum
Leitung: Dr. med. Jan Pohl

Teilnahmegebühr:
pro Tagung für Berufstätige DM 650,–
für in Ausbildung stehende DM 550,–
(ohne Unterkunft und Verpflegung)
Postscheck Berlin-West 253555-103
Berliner Commerzbank 510500200

Handbuch der Kinderpsychotherapie Ergänzungsband

hrsg. von Prof. Dr. Gerd Biermann
XVI, 572 Seiten, 42 Abb., Leinen DM 98.–
In 58 Beiträgen dieses Ergänzungsbandes kommen international bekannte Fachtherapeuten zu speziellen Themen zu Wort und vermitteln neuere Variablen der Behandlungstechniken und neue Erkenntnisse aus Forschung und Praxis.
Bd. I/II: 2 Bände mit insg. XXVIII, 1190 S., 44 Abb. im Text u. 25 Tafeln. 4. Aufl. 1976. Leinen DM 148.–
Alle drei Bände im Schuber: Ln. DM 246.–

Gerald O'Gorman
Der Autismus in früher Kindheit

Entstehung, Symptome, Eigenart, Behandlung u. erzieherische Maßnahmen
„Beiträge zur Kinderpsychotherapie", Bd. 19. 150 Seiten. Paperback DM 21,80

„Das Wesen des kindlichen Autismus wird durch die Schilderung von 17 Krankheitsfällen transparent gemacht. Die Darstellung trägt wesentlich zur Auseinandersetzung bei." Pro medico

Rudolf Ekstein
Grenzfallkinder

Klinische Studien über die psychoanalytische Behandlung von schwergestörten Kindern.
285 Seiten. Paperback DM 26,50

Ätiologie, Diagnose und Therapie von borderline cases, für deren Behandlung gebräuchliche Modelle und neu gewonnene Ansätze dargestellt werden.

John G. Howells / L. R. Lickorish
Familien-Beziehungs-Test

Plastikmappe mit 24 Test-Karten und Handanweisung. 2. Aufl. DM 38,–

Marta Kos / Gerd Biermann
Die verzauberte Familie

Ein tiefenpsychologischer Zeichentest unter Mitarbeit von G. Haub
320 S., 127 Abb., 36 Tab. Ln. DM 46,–

Susanne Remplein — Frühjahr '77
Therapieforschung in der Psychoanalyse

Ergebnisse und Probleme experimenteller Untersuchungen
158 Seiten. Paperback DM 18,80

Hanscarl Leuner / G. Horn / E. Klessmann
Katathymes Bilderleben mit Kindern und Jugendlichen

ca. 200 S., 13 Abb., Pbck. ca. DM 22,80

Eine erste systematische Zusammenstellung der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit dem KB. Die Arbeit führt in die Anwendung ein und veranschaulicht die intensive Wirkung des KB durch Darstellung breiter klinischer Erfahrungen und kasuistischer Beispiele.

Gerd Biermann
Autogenes Training mit Kindern und Jugendlichen

127 Seiten mit 7 Abb. Pbck. DM 14,80

Detaillierte Hinweise zur Durchführung der praktischen Übungen, von der Zusammensetzung der Trainingsgruppe über das Informationsgespräch bis zu den einzelnen Formeln.

Wolfgang Grunwald
Psychotherapie und experimentelle Konfliktforschung

Entwurf einer konflikttheoretischen Fundierung der Gesprächspsychotherapie.
UTB 602. 195 S., 53 Abb. DM 19,80

Antoon Houben
Klinisch psychologische Beratung

Ansätze einer psychoanalytisch fundierten Technik. UTB 453. 190 Seiten. DM 16,80

Viktor E. Frankl
Theorie und Therapie der Neurosen

UTB 457. 4. erw. Aufl., 222 S., DM 21,80

Friedrich Seibt
Psychoanalytische Charakterlehre

Die Ansätze der Persönlichkeitstheorien.
UTB 662. 81 S. DM 7,80

Ernst Reinhardt Verlag München und Basel

Errata

In Heft 40 sind folgende Fehler zu berichtigen. Es muß heißen:

1. Umschlagseite innen, 28. Zeile:
... Harald Knudsen, The Defence Structure of the Borderline-Syndrome.

Seite 317, 10. Zeile von oben:
... Ich-Struktur, dem Verhalten, der Psychogenese ...

Seite 322, 11. Zeile von oben:
... legt es nahe, die Ich-Identität in ihrem Umfang als ...

Seite 322, 3. Abschnitt, 4. Zeile von oben:
... und strukturellen Zusammenhang mit den zentralen Ich-Funktionen ...

Seite 352, 5. Abschnitt, 1. Zeile von oben:
... lassen sich nach den Vorstellungen Ammons ...

Seite 353, 3. Abschnitt, 1. Satz:
... Aus diesen Prozessen können wir die Determinanten der Identitätsbildung aus den archaischen Abwehrmechanismen gegen die Identitätsbildung ableiten. ...

Seite 358, 3. Abschnitt, 12. Zeile von oben:
... daß der Vater ihr mit positiven Gefühlen gegenüberstand.

Seite 360, 4. Abschnitt, 3. Zeile:
... Funktionen. ...

Seite 364, 26. Zeile von oben:
... Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen ...

Seite 366, 6. Abschnitt, 4. Zeile von oben:
... 1903

Seite 386, 2. Abschnitt, 12. Zeile von oben:
... Deduktionen ...

Anschrift des Herausgebers/editor's address:
Dr. med. Günter Ammon, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:
Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon und Gisela Ammon, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/members of the editorial staff:
Dipl.-Psych. Thomas Culemann, Ulrike Harlander, Dietrich Hullmeine, Dr. med. Elke Jansen, Galina Rave (Nachrichten), Dr. med. Gerd Röhling, Helmut Volger (Anzeigen), Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

Dr. med. Karin Ammon, Dr. med. Dieta Biebel, Dipl.-Psych. Christine Bott, Dr. med. Rolf Schmidts, Winfried Schibalski (Rezensionen)
Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Leopoldstr. 87, 8 München 40

Dr. Friedrich Diergarten, Dr. med. Mathias Hirsch (Rezensionen), Dipl.-Psych. Dr. Kurt Husemann (Nachrichten), Dipl.-Psych. Wolfgang Rock, Dr. med. Regine Schneider, Dipl.-Psych. Erda Siebert, Heide Maria Wangemann
Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Schadowstr. 86/88, 4 Düsseldorf

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

Beilagenhinweis: Bitte beachten Sie die Beilage des Ernst Klett Verlages, Stuttgart.