



1 Persönlichkeitsentwicklung im Zusammenhang mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen PVS. (ICD-10: F60-F69) - Borderline-Typ F60.31 (BPS)

Wie der Autor im Jahr 2018 erwähnt, bezieht sich die Persönlichkeitsentwicklung auf den Prozess, durch den eine Person im Laufe ihres Lebens ihre individuelle Persönlichkeit, Identität und Charaktermerkmale entwickelt und formt. Dieser Prozess umfasst eine Vielzahl von psychologischen, sozialen, emotionalen und kulturellen Veränderungen, die eine Person während ihres Lebens durchläuft. Hier sind einige wichtige Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung:

1. Selbstwahrnehmung: Die Fähigkeit, sich selbst zu verstehen, Selbstreflexion und Selbsterkenntnis sind wichtige Elemente der Persönlichkeitsentwicklung. Dies beinhaltet die Identifizierung von Stärken, Schwächen, Überzeugungen und Werten.
2. Soziale Interaktion: Die Interaktion mit anderen Menschen spielt eine wesentliche Rolle in der Persönlichkeitsentwicklung. Beziehungen zu Familie, Freunden, Kollegen und der Gesellschaft insgesamt beeinflussen die Persönlichkeit einer Person.
3. Lernen und Erfahrung: Erfahrungen, sowohl positive als auch negative, prägen die Persönlichkeit. Bildung, Arbeit, Reisen und andere Lebenserfahrungen können zur Entwicklung beitragen.
4. Emotionaler Wandel: Emotionale Intelligenz und die Fähigkeit, mit Emotionen umzugehen, sind Teil der Persönlichkeitsentwicklung. Menschen lernen im Laufe ihres Lebens, mit Emotionen wie Freude, Trauer, Wut und Angst umzugehen.
5. Entwicklung von Werten und Überzeugungen: Die Bildung von Werten, moralischen Überzeugungen und Ethik ist ein wichtiger Bestandteil der Persönlichkeitsentwicklung. Diese können von Kultur, Religion und persönlicher Erfahrung geprägt sein (Andrawis A, 2018).

6. Identitätsbildung: Die Entwicklung einer stabilen Identität ist ein Schlüsselziel der Persönlichkeitsentwicklung. Dies beinhaltet die Klarheit über die eigene Identität, Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung und kulturelle Zugehörigkeit.

7. Lebensphasen: Die Persönlichkeitsentwicklung erfolgt in verschiedenen Lebensphasen und kann sich im Laufe der Zeit verändern. Jugendliche, Erwachsene und ältere Menschen durchlaufen unterschiedliche Entwicklungsprozesse. Die Persönlichkeitsentwicklung ist ein lebenslanger Prozess und wird von vielen Faktoren beeinflusst. Jeder Mensch durchläuft diesen Prozess auf seine eigene Weise, und die Ergebnisse können von Person zu Person unterschiedlich sein (Andrawis A, 2018).

Man kann die Persönlichkeitsentwicklung mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen vergleichen.

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 V.F.60-F69)

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sind psychische Erkrankungen, die sich auf die Art und Weise auswirken, wie eine Person ihre Persönlichkeit und ihr Verhalten erlebt und ausdrückt. Diese Störungen können das Denken, Fühlen und Verhalten einer Person beeinflussen und in der Regel erhebliche Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen verursachen. Die Persönlichkeit eines Menschen umfasst die charakteristischen Denkweisen, Emotionen und Verhaltensweisen, die sein individuelles Wesen ausmachen. Sie wird durch eine Kombination von genetischen, biologischen, sozialen und Umweltfaktoren geprägt. Persönlichkeitsmerkmale können in verschiedenen Dimensionen beschrieben werden, z.B. Extraversion, Introversion, Offenheit für Erfahrungen, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Neurotizismus (ebd.).

Verhaltensstörungen: Verhaltensstörungen sind psychische Gesundheitszustände, bei denen ein Individuum problematisches, unangepasstes oder abnormales Verhalten zeigt, das von sozialen Normen abweicht und das tägliche Leben des Betroffenen beeinträchtigt.

Hier sind einige Beispiele für Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sind gemäß Dilling et al. (2011) unter der Klassifizierung F60 – F69 wie folgt aufgeführt:

- 1.) Paranoide Persönlichkeitsstörung F60.0,
- 2.) Dissoziale Persönlichkeitsstörung F60.2,
- 3.) Emotional instabile Persönlichkeitsstörung F60.3,
- 4.) Impulsiver Typ F60.30,
- 5.) Schizoide Persönlichkeitsstörung F60.1,
- 6.) Borderline-Typ F60.31,
- 7.) Histrionische Persönlichkeitsstörung F60.4,
- 8.) Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung F60.6,
- 9.) Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung F60.5,
- 10.) Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung F60.7,
- 11.) Andere spezifische Persönlichkeitsstörungen F60.8,
- 12.) Weitere narzisstische Persönlichkeitsstörung F60.80,
- 13.) Passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung F60.81,
- 14.) Sonstige andere spezifische Persönlichkeitsstörungen F60.88 und so weiter (Möller et al. 2005).

Der Autor betont, dass In diesem Artikel wird im Weiteren der Borderline-Typ nach ICD-10 V. F60.31 behandelt, welcher als häufigste Erscheinungsform einer Persönlichkeitsstörung gilt.

Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31)

Wie Andrawis A, (2018) betont, gehört das folgende Kapitel Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, insbesondere die Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31), in der Psychiatrie zu den kompliziertesten Krankheitsbildern, die zu beschreiben sind. Es handelt sich

dabei um Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die gemäß internationalen Kriterien in der ICD-10 unter den Codes V.F.60-F.69 kategorisiert werden. All diese unterschiedlichen Störungen haben ihren Ursprung in der Kindheit und Erziehung. Ich möchte hier auf die Bindungs- und Objektbeziehungstheorien hinweisen, da sie von Bedeutung sind. Im Nächsten Kapitel gibt eine Übersicht über beide Theorien.

Wenn diese Störungen nicht in Verbindung mit einer Angststörung oder einer Depression auftreten, ist eine medikamentöse Therapie nicht unbedingt erforderlich. Die Behandlung durch Psychotherapien genügt.

Bei Abwesenheit der oben genannten Angst- und Depression Störungen reicht aus psychoanalytischer Sicht eine Psychotherapie aus. Das Ziel einer solchen Therapie ist eine Neuordnung des Umfelds. Dabei ist es wichtig, den inzwischen unbewussten ursprünglichen Konflikt im Rahmen eines Übertragungsprozesses bewusst zu machen und wiederzubeleben. Dadurch kann eine "Nachreifung" des Ichs über die Entwicklung und optimale Konfliktlösungen erreicht werden.

Weitere Ziele sind der Aufbau eines tragfähigen psychischen Zustands, stabile zwischenmenschliche Beziehungen sowie einer Partnerschaft und in weiterer Folge die Wiedererlangung der sozialen Fertigkeiten. Der Therapeut unterstützt den Patienten auch beim Aufbau von Selbsthilfekompetenzen durch die Reflexion von Ereignissen, einschließlich der Förderung des Selbstwerts, und bei der Rekonstruktion der Biografie sowie der daraus resultierenden unbewussten Verdrängungen aus der Kindheit. Dem Patienten wird bewusst gemacht, dass es wichtig ist, für die eigene Gesundheit zu sorgen und lebenswichtige persönliche Bedürfnisse zu erfüllen sowie berufliche Perspektiven zu entwickeln (ebd.).

Nach Andrawis A, (2018) deutet das Krankheitsbild einer Borderline-Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (BPS) auf eine Störung der Persönlichkeit bzw. des Sozialverhaltens der betroffenen Person hin. Diese Störung entsteht in der frühkindlichen Phase oder in der Adoleszenz und besteht während des Erwachsenenlebens weiter. Die Ursachen sind nicht direkt auf eine Hirnschädigung oder eine psychiatrische Störung zurückzuführen, sondern vielmehr auf einen strukturellen Mangel in der Erziehung (Andrawis A, 2018).

Rohde et al. führen dies auf den Verlust von Urvertrauen und Ur liebe sowie auf den Missbrauch und die Misshandlung des Kindes zurück (Wielant M, Bauer M, Lamprecht F, Rose HK, Rohde DC, 2004).

Aus historischer Sicht, wie die Borderline-Typ-Pathologie aufgeklärt wurde.

Wie von Andrawis A, (2018) beschrieben, reicht die Geschichte des Borderline-Typs in der Psychiatrie weit zurück. Der Begriff wurde zum ersten Mal im Jahr 1925 von Aichhorn verwendet, um eine Gruppe seiner Patienten zu beschreiben, die an einem Mangel an Impulskontrolle litten. Im Jahr 1938 wurde diese Definition von Stern als Diagnosekriterium verwendet, um Patienten dieses Typs von psychotischen Patienten zu unterscheiden.

Stern beschrieb damals Merkmale der Patienten, die später von Kernberg OF, (2008) übernommen und in seinen Arbeiten zur Ich-Pathologie von Borderline-Patienten veröffentlicht wurden. Aus analytischer Sicht gibt es bei diesen Patienten eine Tendenz zur Idealisierung der Objektbeziehung zwischen dem Kind und der Mutter. Diese Idealisierung wechselt sich gleichzeitig mit der Entwertung derselben Beziehung ab, was als ambivalenter Zustand bezeichnet wird.

Grinker R, (1993) unterteilte Borderline-Patienten anhand seiner empirischen Daten in vier Charaktertypen:

Anankastische Bezeichnungen, Wutanfälle, Mangelnde Ich-Identität, Depression durch Einsamkeit (Grinker R, 1993).

Kernberg entwickelte gleichzeitig Theorien über die Borderline-Persönlichkeits- und Verhaltensstörung und deren Organisation, in der er Phänomene der Psychodynamik beschreibt. Er konnte eine Ich-Pathologie bei seinen Patienten nachweisen, die auf primitiven infantilen Abwehrmechanismen beruht und auf frühkindliche Erlebnisse und Traumata zurückzuführen sind. Dies zeigt sich konkret durch projektive Identifizierung, Spaltung und Verleugnung. Ursprünglich entsteht dabei eine Pathologie der oben genannten Objektbeziehung zwischen Mutter und Kind sowie dem Über-Ich, die sich durch mangelnde

Angsttoleranz, Impulskontrolle sowie mangelnde Sublimierungsfähigkeit als Ich-Schwäche äußert (Kernberg OF, 198).

Die beiden Theorien spielen sehr wichtige Rollen bei der Entstehung dieser Verhaltensstörungen: Bindungsbeziehungstheorien und Objektbeziehungstheorien:

Bindungsbeziehungstheorien

Sind eine Gruppe von psychologischen Theorien, die sich mit der Art und Weise befassen, wie Menschen, insbesondere Kinder, Bindungen zu ihren Bezugspersonen aufbauen und entwickeln. Diese Theorien wurden hauptsächlich im Rahmen der Entwicklungspsychologie entwickelt und haben einen erheblichen Einfluss auf das Verständnis von zwischenmenschlichen Beziehungen und emotionaler Entwicklung.

Die bekannteste und einflussreichste Bindungstheorie stammt von John Bowlby, einem britischen Psychiater und Psychoanalytiker, der seine Theorie in den 1950er und 1960er Jahren entwickelte. Bowlbys Bindungstheorie legt nahe, dass Kinder von Geburt an eine biologische Neigung haben, enge Bindungen zu ihren Bezugspersonen, in der Regel ihren Eltern, zu entwickeln. Diese Bindungen dienen als Schutzmechanismus, der es Kindern ermöglicht, sich in unsicheren Situationen sicher zu fühlen. Die Bindungstheorien unterscheiden zwischen verschiedenen Bindungstypen, die sich aus der Qualität der Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson ergeben. Die vier Hauptbindungsstile sind:

Sicher gebunden: Kinder mit einer sicheren Bindung fühlen sich wohl in der Nähe ihrer Bezugsperson und sind in der Regel neugierig und explorativ. Sie vertrauen darauf, dass ihre Bedürfnisse erfüllt werden.

Unsicher-vermeidend: Kinder mit einem unsicher-vermeidenden Bindungsstil zeigen oft wenig emotionale Reaktion auf die Trennung von ihrer Bezugsperson und neigen dazu, unabhängiger zu sein.

Unsicher-ambivalent: Kinder mit einem unsicher-ambivalenten Bindungsstil sind oft besorgt und klammern sich an ihre Bezugsperson, sind jedoch gleichzeitig wütend oder frustriert über die Trennung.

Desorganisiert: Einige Kinder entwickeln eine desorganisierte Bindung, die durch widersprüchliches Verhalten gekennzeichnet ist. Dies kann auf traumatische Erfahrungen oder Vernachlässigung hinweisen.

Bindungsbeziehungstheorien haben weitreichende Implikationen für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Kindern und Erwachsenen. Sie beeinflussen auch die Art und Weise, wie Elternschaft und Betreuung von Kindern betrachtet und gestaltet werden. Diese Theorien betonen die Bedeutung von sicheren Bindungen in der frühen Kindheit für die Entwicklung von Vertrauen, sozialen Fähigkeiten und emotionaler Regulation im späteren Leben (ebd.).

Objektbeziehungstheorien

Die bekanntesten Objektbeziehungstheoretiker sind Melanie Klein, Donald Winnicott, Wilfred Bion W, und Ronald, F. Diese Theoretiker haben verschiedene Modelle und Ansätze zur Erklärung von Objektbeziehungen entwickelt. Hier sind einige grundlegende Konzepte und Ideen, die in den Objektbeziehungstheorien eine Rolle spielen:

Objektbeziehungen: Diese Theorien betonen die Bedeutung von emotionalen Bindungen zu anderen Menschen oder "Objekten" in der Kindheit und im gesamten Leben. Die Qualität dieser Bindungen und wie sie erlebt werden, beeinflusst die Persönlichkeitsentwicklung.

Übergangsobjekte: Donald Winnicott D, prägte den Begriff "Übergangsobjekte", um Gegenstände wie Kuscheltiere oder Schnuller zu beschreiben, die Kindern helfen, die Trennung von ihren Bezugspersonen zu bewältigen und emotionale Sicherheit zu finden.

Introjektion und Projektion: Objektbeziehungstheorien betonen den Prozess der Introjektion, bei dem Menschen Aspekte ihrer Bezugspersonen in sich aufnehmen, und der Projektion, bei dem sie diese Aspekte auf andere übertragen. Diese Mechanismen beeinflussen, wie Menschen sich selbst und andere wahrnehmen.

Übergangsphänomene: Bion W, entwickelte das Konzept der "Übergangsphänomene", um die psychische Arbeit zu beschreiben, die Menschen leisten, um Erfahrungen zu verstehen und mit ihnen umzugehen. Diese Übergangsphänomene sind wichtig für die Entwicklung von Sinn und Bedeutung in Beziehungen.

Die Objektbeziehungstheorien haben einen tiefen Einfluss auf die klinische Psychologie und die psychotherapeutische Praxis, insbesondere in der psychodynamischen Therapie. Sie helfen Therapeuten dabei, die Wurzeln von emotionalen Konflikten und Beziehungsdynamiken zu verstehen und zu behandeln. Diese Theorien tragen auch dazu bei, die Komplexität menschlicher Beziehungen und die Auswirkungen der frühkindlichen Erfahrungen auf die psychische Gesundheit zu erforschen.

Im Jahr 1972 beschrieb M. Mahler die Objektbeziehungstheorie als Individuums- und absondernde Trennungsprozesse. Die bedeutende Zeit für die Festlegung pathologischer Symptome durch das elterliche Objekt entsteht zwischen dem zweiten und dem vierten Lebensjahr und zeigt sich als frühere Entstehung aggressiv-psychischer Erfahrungen. Die psychischen Theorien und Techniken beschreiben, dass bei der Aktivierung früher internalisierter Objektbeziehungen und deren Verdrängungen pathologische Übertragungen durch Affektzustände sichtbar werden. Diese müssen als integrierte Teil-Objektbeziehungen gedeutet werden. Auch abgespaltene oder ganze Objektbeziehungen aus früheren Übertragungsstrukturen, die aus der ödipalen Entwicklung entstanden sind, müssen diagnostiziert und durch Deutungssprache offengelegt werden. Diese Objektbeziehungen und deren reaktive, vergangene, internalisierte Verdrängung spielen eine große Rolle in der Analyse der Übertragungen im Sinne der Auseinandersetzung mit dem "Hier und Jetzt" und der Verknüpfung mit auf Phantasien beruhenden und die Realität verzerrenden Objektbeziehungen. Vergangene Objektbeziehungen werden widersprüchlich internalisiert. Außerdem bestehen Abwehrreaktionen aus starken Projektionen und durch Instinkte betonte Triebimpulse. Das wichtigste Ziel der Psychotherapie von Borderline-Patienten besteht in der vollständigen Deutung sowie auch Plausibilität, indem das Unbewusste bewusst gemacht werden muss und diese Erkenntnisse letztendlich verinnerlicht und in die Tat umgesetzt werden können (Mahler M, 1972).

Diese frühe Störung ist einerseits auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind zurückzuführen, in der das Urvertrauen und die Urlicbe verletzt wurden, und andererseits auf frühkindliche traumatische Erlebnisse. Dabei spielen psychosoziale Komponenten eine Rolle, wie zum Beispiel Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit, Armut, Alkoholismus, Trennung, Scheidung der Eltern und Gewalt in der Familie. Auch der Vater ist in Zusammenhang mit seinem Autoritätsverhalten, seiner Abwesenheit und seinem Verhältnis zur Familie involviert. Die

gelebte Beziehung zwischen den Eltern und deren Fähigkeit zur Konfliktbewältigung spielt ebenso eine große Rolle, ebenso wie eine geschwisterliche Beziehung, die frei von Rivalität ist. Akzeptanz und Wertschätzung sind ebenfalls in einer Beziehung wichtig, ebenso wie Vertrauen. Es muss nicht immer zwingend zu einer Traumatisierung des Kindes gekommen sein, es kann sich auch um eine Epidemiologie handeln, die zu einer symbiotischen Bindung führt (ebd.).

Die Diagnosekriterien für Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) nach ICD-10 F 60.31

Die Diagnosekriterien für die Borderline-Persönlichkeitsstörung (auch als Borderline-Typ Pathologie bezeichnet) nach dem ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) sind unter der Codebezeichnung F.60.31 verzeichnet. Die ICD-10 ist ein internationales Klassifikationssystem, das in der medizinischen Diagnose und Forschung Anwendung findet.

Wie Dilling et al. im Jahr (2011) herausgefunden haben, handelt es sich bei den Merkmalen um ein allgemeines Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Emotionen sowie um ausgeprägte Impulsivität. Die Störung beginnt in der Regel im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in verschiedenen Lebensbereichen (Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, 2011).

Diagnose nach ICD-10, F60.31

Laut der ICD-10, F60.31, müssen fünf der folgenden 12 Symptome erfüllt sein, damit eine Diagnose gestellt werden kann. Hier folgen die 12 Kriterien:

- 1.) Beziehungen; Betroffene haben intensive, aber instabile Beziehungen zu anderen Menschen, die oft von extremen Schwankungen zwischen „Über-Idealisierung“ und Entwertung gekennzeichnet sind. Sie können Angst vor dem Verlassenwerden haben und unangemessene Anstrengungen unternehmen, um das zu verhindern.
- 2.) Selbstbild: Ein ausgeprägtes und anhaltendes Gefühl der Instabilität des Selbstbildes, das sich in extremer Selbstunsicherheit äußert. Dies kann zu wiederholten Wechseln zwischen verschiedenen Berufszielen, Werten und Identitätsmerkmalen führen. Chronisches Gefühl

innerer Leere. Vorhandensein emotionaler Instabilität im eigenen Selbstbild, den inneren Präferenzen, einschließlich der Sexualität, die unklar und gestört ist (ebd.).

3.) Emotionen; Ausgeprägte Stimmungsschwankungen, die von Episoden intensiver Depressivität, Reizbarkeit oder Angst geprägt sind. Diese können in der Regel einige Stunden bis wenige Tage dauern. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen, kann zu Wiederholten Kreisen führen, übermäßiger Bemühung, nicht verlassen zu werden.

4.) Impulsivität; Wiederholte Handlungen, die eine Selbstgefährdung in Form von Alkohol- oder Drogenmissbrauch, riskantem Sexualverhalten oder unangemessenen Geldausgaben umfassen können. Zudem Selbstschädigung und Suiziddrohung, die auch ohne Grund und ohne Auslöser auftreten kann.

5.) Chronische Gefühle von Leere; das anhaltende Gefühl, dass etwas fehlt oder innerlich leer ist. Der inneren Präferenz, einschließlich unklarer und gestörter Sexualität.

6.) Paranoide Vorstellungen oder schwerer Stress, der mit vorübergehenden, durch Belastung verursachten episodischen Verwirrtheitszuständen verbunden ist.

7.) impulsiv zu handeln und sich keine Gedanken über die Folgen zu gestehen. Hinzu kommt oft zu negativer Laune und Problemen in der zwischenmenschlichen Beziehung.

8.) Schwarz-Weiß denken; Beim Schwarz-Weiß-Denken werden Dinge oft in entweder/oder Kategorien eingeteilt, ohne Raum für Zwischentöne oder Abstufungen.

9.) Perfektionismus; (Schwarz-Weiß-Denken) Entweder ist etwas perfekt, oder es ist völlig unzulänglich. Es gibt keine Akzeptanz von kleinen Fehlern oder Unvollkommenheiten.

10.) Beurteilung von Menschen; Personen werden als entweder "gut" oder "schlecht" betrachtet, ohne Berücksichtigung ihrer komplexen Persönlichkeit oder ihres Verhaltens.

11.) Erfolg und Misserfolg; Entweder wird eine Leistung als völliger Erfolg betrachtet oder als vollständiger Misserfolg, ohne Anerkennung von Teilerfolgen oder Lernmöglichkeiten.

12.) Zukunftsaussichten; zukünftige Ereignisse werden als entweder alles wird großartig oder alles wird katastrophal betrachtet, ohne Raum für realistische Einschätzungen. Schwarz-Weiß-Denken kann zu emotionaler Belastung, Konflikten in zwischenmenschlichen Beziehungen und einem erhöhten Stressniveau führen. Es ist wichtig zu verstehen, dass die Realität oft viel komplexer ist und es viele Zwischentöne gibt (Andrawis A, 2022).

Exakte Diagnose nach DSM-V-R-Kriterien (DSM-V: 301.83)

Für eine exakte Diagnose des Borderline-Typs müssen 5 der folgenden 8 Symptome gegeben sein.

1.) Impulsivität in mindestens 2 Bereichen, in denen man aktiv selbstschädigend wirkt z.B.: Sexualität, Geldausgeben, Ladendiebstahl, Substanzen missbrauch, Rücksichtslosigkeit in zwischenmenschlichen Beziehungen und Fressanfälle.

2.) Das Aufweisen eines bestimmten Musters von Instabilität, das sich auch auf zwischenmenschliche Beziehungen auswirkt und sich durch ein Abwechseln zwischen Abwertung und Überidealisierung zeigt.

3.) Übermäßige Wut oder Unfähigkeit diese Wut kontrollieren zu können, z.B. Wutausbrüche, andauernde Wutgefühle bzw. Prügeleien (Möller et al. 2005).

4.) Instabilität in Form von Stimmungsänderungen, normale Stimmung wechselt sich mit Depression, Angst oder Reizbarkeit ab, wobei diese Stimmungslage einige Stunden bis zu einigen Tagen anhalten kann.

5.) Identitätsstörung, die andauernd ausgeprägt ist und sich in einer Unsicherheit in mindestens zwei der folgenden Lebensbereiche manifestiert: Eigenbild, sexuelle Orientierung,

längerfristige Ziele, Berufswunsch, Wahl der Freunde oder Partner, persönliche Wertvorstellungen.

6.) Suizidversuche, Selbstverstümmelung und wiederholte suizidale Drohungen.

7.) Langeweile und chronisches Gefühl der Leere.

8.) Verzweifeltes Bemühen, imaginäres Alleinsein oder reales Alleinsein zu verhindern

(Andrawis A, 2018).

Drei wichtige Merkmale des Borderline-Typs

Kernberg OF, (2008) führte folgende drei Merkmale für die Borderline-Störung an:

Der renommierte Psychiater und Psychoanalytiker, ist bekannt für seine Arbeit im Bereich der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Im Jahr 2008 führte er in seinem Buch Borderline-Persönlichkeitsstörungen: Eine klinische und psychodynamische Studie Originaltitel: Borderline Conditions and Pathological Narcissism, drei Hauptkriterien für die Borderline-Störung an. Es ist wichtig zu beachten, dass dies eine vereinfachte Darstellung der Kriterien ist, die Kernberg für die Borderline-Persönlichkeitsstörung vorgeschlagen hat (Kernberg OF, 2008).

Drei Merkmale

I. Niveau der Abwehroperationen

II. Identitätsdiffusion (mangelnde Integration)

III. Fähigkeit zur Realitätsprüfung

I. Niveau der Abwehroperationen

Spaltung und andere Mechanismen wie z.B. projektive Identifizierung, Entwertung, Verleugnung, omnipotente Kontrolle (Kontrolleifer) mit Entwertung treten dabei in Wechselwirkung auf. Dies geschieht, um das eigene Ich vor Konflikten zu schützen und zeigt sich in widersprüchlichen Erfahrungen des Selbst, wobei die Abwehrmechanismen versuchen,

widersprüchliche Bedeutungen voneinander getrennt zu halten. Somit kann man von einer Spaltung durch diese Abwehrmechanismen sprechen (Andrawis A, 2018).

Diese Merkmale zeigen sich auch in der Patienteninteraktion. Die Spaltung führt zu einer Teilung der äußeren Objekte und des Selbst in „absolut Böse“ und „absolut Gut“. Dies bedeutet, dass man bei Übertragungen in Form von Projektionen, Personen wahllos in gut oder böse einteilt (ebd.).

Primitive Idealisierung zeigt sich beispielsweise durch die Übersteigerung äußerer Objekte als „gut“. Das heißt, dass gute Eigenschaften beim Anderen krankhaft übertrieben dargestellt werden. Dies kann so weit gehen, dass Patienten menschliche Fehler nicht wahrhaben wollen. Wenn eine Person das Gegenteil der Über-Idealisierung ist die absolute Entwertung. Der Andere wird auch als gefährlich und verfolgend wahrgenommen. Frühe Formen der Projektion und projektiver Identifizierung unterscheiden sich von reifen Formen der Projektion durch die Zuweisung eines Impulses auf einen anderen Menschen. Das ist ein Hinweis auf frühe Verdrängungen.

Kernberg betont, dass die projektive Identifizierung durch drei Schritte charakterisiert ist.

1. Angst vor anderen Personen, die scheinbar durch projizierte Impulse charakterisiert ist.
2. Das Bedürfnis, diese Person (den Therapeuten) zu kontrollieren. Ziel ist, ein bestimmtes Verhalten zu provozieren, das die Projektion des Patienten dann scheinbar bestätigt. Dies passiert aufgrund des Ich-Strukturmangels. Im Zentrum stehen die Abwehrmechanismen der Verdrängung. Das beruht auf projektiver Identifizierung, die sich durch Spaltung oder primitive Handlungen zeigt.
3. Die Tendenz, einen Impuls bei sich selbst zu finden, während dieser gleichzeitig auf den anderen projiziert wird (ebd.).

II. Identitätsdiffusion und mangelnde Integration

Der Mangel an Integration wird als Identitätsdiffusion definiert und gleichzeitig als Konzept des Objekts verstanden. Das bedeutet, dass das subjektiv Erlebte von innerer Leere, widersprüchlichen Wahrnehmungen und widersprüchlichem Verhalten geprägt ist. Die widersprüchlichen Wahrnehmungen der Anderen sowie von sich selbst zeigen sich in der Unfähigkeit, zwischenmenschliche Beziehungen leben zu können. Ein Betroffener sprach in einem Kurzinterview auch über die Schwierigkeit, sich mit dem Partner über eine Sachlage realistisch und ordnungsgemäß austauschen zu können.

III. Fähigkeit zur Realitätsprüfung

Sowohl bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch bei neurotischen Persönlichkeitsstörungen bleibt die Fähigkeit zur Realitätsprüfung erhalten. Im Gegensatz dazu ist dies bei der psychotischen Persönlichkeitsorganisation nicht der Fall. Die Realitätsprüfung bedeutet, dass man das "Nicht-Selbst" vom Selbst trennen kann. Die intrapsychischen Wahrnehmungen und Reize, die ursprünglich zur Unterscheidung eigener Affekte gedacht waren, sind intensiviert, sodass soziale Normen nicht eingehalten werden können. Dieser Verlust der Fähigkeit muss geheilt werden, um zur Realität zurückzufinden. Dem Patienten, dem die Dinge als fremdartig erscheinen, muss die Realität bewusst gemacht werden.

Die Organisation der Borderline-Persönlichkeit manifestiert sich auch in sekundären Strukturmerkmalen wie unspezifische Zeichen von Ich-Schwäche (Mangel an Impulskontrolle, fehlende Angsttoleranz und mangelhaft entwickelte Fähigkeit zur Sublimierung), Über-Ich-Pathologie (infantile, unreife Wertsysteme, widersprüchliche innere moralische Forderungen oder sogar antisoziale Züge). Sekundäre Strukturmerkmale beruhen auf einem solchen pathologischen Befund. Die Diagnose beruht auf den oben genannten 3 Kriterien der Abwehroperationen, Identitätsdiffusion und Realitätsprüfung (ebd.).

Bei Borderline-Störungen zeigen sich drei Neigungen als Störungen

Diese drei Hauptstörungen sind:

- 1.) Identitätsstörung: Menschen mit Borderline-Störung haben oft Schwierigkeiten, eine klare und stabile Identität zu entwickeln und aufrechtzuerhalten. Sie können sich unsicher über ihre eigenen Werte, Überzeugungen, Ziele und Selbstbilder fühlen.
- 2.) Schwierige zwischenmenschliche Beziehungen: Borderline-Patienten haben oft intensive und instabile zwischenmenschliche Beziehungen. Sie können sich schnell von Menschen abwenden oder sich extrem eng an sie binden. Es kann zu starken Stimmungsschwankungen und einem Muster von idealisieren und entwerten kommen.
- 3.) Impulsivität und emotional instabile Stimmung: Menschen mit Borderline-Störung neigen dazu, impulsiv und emotional instabil zu sein. Sie können starke Stimmungsschwankungen erleben, die von Wut, Angst und Depression bis hin zu Euphorie reichen können. Dies kann zu selbstschädigendem Verhalten wie Selbstverletzung oder suizidalen Gedanken führen (ebd.).

Im Gegensatz zu der neurotischen Persönlichkeitsstörung, bei der sich die Abwehrorganisation um Verdrängung und andere reife Abwehrmechanismen zentriert, stellen bei Patienten mit Borderline-Störung oder psychotischem Organisationsniveau primitive Mechanismen der Spaltung die zentrale Abwehrform dar (Kernberg OF, 1998).

pathologischen Bilder während des therapeutischen Prozesses bei Borderline-Typ

Die individuellen, pathologischen Bilder während des therapeutischen Prozesses zeigen hypomanische Persönlichkeitsstörungen (psychosomatische Störungen), die in allen Fällen zu sozialen Persönlichkeitsstörungen gezählt werden. Kernberg geht davon aus, dass Borderline-Störungen in der Kindheit aufgrund von körperlicher Misshandlung oder sexuellem Missbrauch entstehen. Laut Hermann et al. (1989) kann die Diagnose bei Betroffenen durch die der schweren posttraumatischen Belastungsstörung ersetzt werden. Selbstrepräsentanzen können allmählich zu einer vollständigen Integration führen, indem die Bilder aggressiver und libidinöser Tendenzen erfasst werden. Daraus ergibt sich eine differenzierte und realistische Sicht des Selbst in der Objektwelt. Auf diese Weise entwickeln sich Selbst und Objektwelt sowie die Fähigkeit, innere Affektzustände zu erkennen. Die integrierten Objektrepräsentanzen

spiegeln eine realistische elterliche Bildvorstellung und die Integration mit ihnen wider, basierend auf den früheren Kindheitserlebnissen. Dadurch ist der Borderline-Typ-Patient in der Lage, seine Vergangenheit realistisch zu akzeptieren (Hermann et al. 1989).

Baustein hin zum Behandlungsziel

Andrawis A, (2018) betont, dass die Gegenwärtigkeit und Wertschätzung des Therapeuten sowie aller anderen Personen sehr wichtig sind und als große Hilfe und Beispiel für alle weiteren zwischenmenschlichen Interaktionen fungieren können. Es soll dabei helfen, die Objektrepräsentanzen mit sich selbst zu integrieren. Durch das Aufbrechen der Spaltung und die Internalisierung von Selbstrepräsentanzen kann der Patient lernen, seine Gefühle und Empfindungen differenziert wahrzunehmen und angemessen zu verarbeiten. Dies ist ein wichtiger Schritt hin zum Behandlungsziel der Integration der Persönlichkeit und der Entwicklung von stabileren zwischenmenschlichen Beziehungen.

Behandlungsmethode

Wie der Autor im Jahr 2018 betont, beinhaltet die expressive Psychotherapie das Konzept einer stabilen, pathologischen, intrapsychischen Struktur zur Behandlung der Borderline-Störung. Diese Technik in der Psychoanalyse ist auf die Behandlung pathologischer Zustände dieser Störung spezialisiert. Aus psychoanalytischer Sicht stellt sich das Freudsche Modell als differenziertes, dreigeteiltes System "ICH, ÜBER-ICH und ES" dar. Diese drei Komponenten stehen im Konflikt miteinander. Dem dreigeteilten Modell liegt die strukturelle Organisation klassischer Charakterneurosen (stark pathologische Persönlichkeitsbildung und Psychosexualität) und Psychoneurosen (psychogenetisch ausgelöste Neurosen, bei der die Auslöser frühkindlich-unbewusste verdrängte Konflikte sind) zugrunde (ebd.).

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation um frühe pathologische und intrapsychische Konflikte. Diese unterscheiden sich von einer neurotischen Persönlichkeit einerseits in der Art der intrapsychischen Konflikte, die Teil des pathologischen Bildes sind, und andererseits in den strukturellen Bedingungen. Innerhalb dieser Bedingungen spiegeln sich die Konflikte wider, sodass sich eine neurotische Persönlichkeit entwickelt. Der

Ursprung liegt im Ödipuskomplex und den psychosexuellen aggressiven Trieben aus der frühkindlichen Entwicklung. Die Borderline-Störung beeinflusst das Vorherrschen präödipaler (frühkindlicher) Konflikte, die in Zusammenhang mit psychischen Vorstellungen stehen und mit der ödipalen Phase verbunden sind.

Die trianguläre sexuelle Störung steht im Zusammenhang mit der frühen Beziehung zwischen Mutter und Kind. Triebabkömmlinge drücken sich durch orale und anale Konflikte aus, die sich durch aggressive Verhaltensmuster zeigen, deren Ursprung in präödipalen Beziehungen liegt. Aufgrund dieser Strukturen, die aus verdrängten Konflikten und Traumata bestehen, entwickeln sich Borderline-Persönlichkeiten. Deshalb zeigen sich im Unbewussten infantile (kindliche) Verhaltensmuster, die in Wechselwirkung zum Ich-Zustand stehen.

Diese Verhaltensmuster machen sich in Form von Abwehr durch Spaltung bemerkbar. Die Ich-Zustände spalten sich innerhalb einer primitiven ICH-ES-Matrix durch Verdrängungen ab, wodurch das Ich vom Es und vom Über-Ich differenziert wird. Die einfachen Formen der ICH-ES-Matrix gehen mit einer programmierten Spaltung und Projektion einher, wodurch das Über-Ich als paranoider Zustand bezeichnet werden kann (Andrawis A, 2018).

Psychoanalytische Integrationstechniken

Die Psychoanalytische Integrationstechniken, sind Methoden und Ansätze, die von Psychoanalytikern und Psychotherapeuten verwendet werden, um Patienten dabei zu helfen, verschiedene Aspekte ihres psychischen Lebens zu integrieren und ihre inneren Konflikte zu bewältigen. Diese Techniken basieren auf den Prinzipien der Psychoanalyse, die von Sigmund Freud entwickelt wurden, und beinhalten oft die Arbeit an unbewussten inneren Konflikten und Abwehrmechanismen. Hier sind einige psychoanalytische Integrationstechniken:

1. Freie Assoziation: Der Patient spricht frei über Gedanken, Gefühle und Erinnerungen, ohne Zensur oder Bewertung. Dies hilft dabei, unbewusste Konflikte und Muster aufzudecken.
2. Traumanalyse: Analyse von Träumen, um unbewusste Konflikte und Wünsche zu verstehen und zu integrieren.
3. Übertragung und Gegenübertragung: Die Analyse der Übertragung, bei der der Patient Gefühle und Beziehungen aus der Vergangenheit auf den Therapeuten überträgt, ermöglicht

es, unbewusste Muster zu erkennen und zu bearbeiten. Gegenübertragung bezieht sich auf die Gefühle und Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten und kann zur Identifizierung von Übertragungsdynamiken verwendet werden.

4. Abwehrmechanismen analysieren: Identifikation und Arbeit an den Abwehrmechanismen, die dazu beitragen, unangenehme Gedanken und Gefühle zu vermeiden.

5. Regression: Der Patient kann auf frühere Entwicklungsstufen zurückgreifen, um unbewusste Konflikte zu erkennen und zu integrieren.

6. Interpretation: Der Therapeut bietet Interpretationen und Einsichten in unbewusste Konflikte und Muster, um dem Patienten bei der Integration zu helfen.

7. Widerstand bearbeiten: Identifikation und Bewältigung des Widerstands des Patienten gegen die psychoanalytische Arbeit, um den Fortschritt zu fördern.

8. Symboldeutung: Arbeit mit Symbolen und Metaphern, die im Material des Patienten auftauchen, um tiefere Bedeutungen zu erkunden und zu integrieren.

Diese Techniken werden oft in einer Langzeittherapie eingesetzt und erfordern die Zusammenarbeit zwischen Therapeuten und Patient, um unbewusste Konflikte zu erkennen und schließlich zu integrieren, was zu einem besseren psychischen Wohlbefinden führen kann (ebd.).

Unterstützenden Therapien

Bei unterstützenden Therapien wird das "In-sich-Gehen" des Patienten durch den Therapeuten unterstützt, um in der Anfangsphase der Therapie, in der die Unterstützung des Patienten besonders wichtig ist, ein positives Miteinander herzustellen. In dieser Phase sollten Konfrontationstherapien vermieden werden. Der Deutungsprozess orientiert sich am "Hier und Jetzt", dem "Dort und Damals". Die Hauptstrategie der unterstützenden Psychotherapie ist kognitive und affektive Unterstützung, wobei der Therapeut eher lenken als analysieren sollte. In die derzeitigen Lebensumstände des Patienten wird dann erst in späteren Phasen der Therapie eingegriffen. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die Übertragungsphänomene des Patienten durch Objektffekte in die Gegenwart und Realität zu

holen. Technische Neutralität kann hierbei leicht aufgegeben werden und muss nicht notwendigerweise wiederhergestellt werden.

Stützende Psychotherapie: Im Gegensatz zur expressiven Psychotherapie können bei diesem Ansatz z.B. Worte der Ermutigung, Lob, Überzeugung, Interventionen und das Umfeld des Patienten frei benutzt werden, um Hilfestellung zu leisten. Bei Bedarf können auch zusätzliche Therapiemethoden angewandt werden, dies ist jedoch nicht immer der Fall. Bei der Umsetzung der Therapie wird auf die Übertragung erzieherisch, mithilfe leichter Konfrontation, zwecks Verminderung der Übertragung, durch Hinweis auf den unangemessenen Verhaltenszustand hingewiesen.

Das stützende Psychotherapiemodell beinhaltet Konfrontation und Klärung, jedoch keine Deutung. Im Gegensatz dazu wird in der expressiven Psychotherapie der direkte Ausdruck affektiver/emotionaler und kognitiver/verstandesmäßiger Unterstützung, sowie ein offener Dialog mit dem Patienten gefördert. In unterstützenden Therapieansätzen wird ein positiver und stärkender Rahmen geschaffen, um dem Patienten zu helfen, seine Ressourcen zu mobilisieren und mit seinen Herausforderungen besser umzugehen (ebd.).

Die expressive Psychotherapie

Dieser Ansatz basiert auf der Auseinandersetzung mit emotionalem Verhalten, Abwehrmechanismen und der Übertragungsneurose. Die expressive Psychotherapie ermöglicht es dem Borderline-Typ-Patienten, sich selbst besser zu verstehen, seine emotionalen Zustände zu regulieren und Beziehungen auf eine gesündere und befriedigendere Weise zu gestalten. Durch die Arbeit an Abwehrmechanismen, Übertragungen und bewussten Einsichten kann der Patient eine größere Selbstakzeptanz und Selbstliebe entwickeln und somit die Grundlage für eine positive Veränderung legen.

Der therapeutische Prozess erfordert Geduld, Ausdauer und die Bereitschaft des Patienten, sich mit seinen tiefsten emotionalen Konflikten auseinanderzusetzen und diese zu bewältigen. Charakterzüge, die sich in Aggression und Liebe äußern, können zu Überidealisierung und Entwertung führen. Die Integration wird wiederum durch die Analyse der Abwehrmechanismen, die diese Abspaltung aufrechterhalten, verbessert. Wichtig bei diesen Patienten ist das Erkennen primitiver, gespaltener Ich-Zustände und deren Integration durch

die Auflösung von Abwehrmechanismen, die zur Spaltung und Realitätsverlust führen. Dies geschieht mithilfe von Integrationstechniken (ebd.).

Expressive Psychotherapie; bei Borderline-Patienten wird diese Methode aufgrund des Behandlungsverlaufs "Hier und Jetzt" durch die Rekonstruktion der biografischen Anamnese des Patienten nur in fortgeschrittenen Therapiephasen angewendet. In der Psychoanalyse hingegen wird die Rekonstruktion der biografischen Anamnese durch Deutung und Verknüpfung auf das gegenwärtige Geschehen übertragen. Die Analyse der Übertragung wird im Vergleich zur Psychoanalyse in Bezug auf die gegenwärtige Lebenssituation des Patienten überdacht, damit therapeutische Ziele nicht gefährdet werden und der Patient seine Schwierigkeiten auch bewältigen kann. Kernberg weist auf die Gefahr hin, dass Patienten Isolierung dissoziierend (trennend) benutzen, um den Belastungen des Alltags zu entgehen.

Ein weiterer Unterschied zur Psychoanalyse besteht darin, dass der Schweregrad des Ausagierens des Borderline-Patienten den Therapeuten häufig dazu zwingt, die Haltung der technischen Neutralität zu verlassen. Sie muss jedoch wiederhergestellt werden, sobald die für die Behandlung bedrohliche Situation, die diese Abweichung erforderlich machte, nicht mehr existiert (ebd.).

Die Psychoanalytische Deutungssprache gilt als expressiven Psychotherapie

Bei der expressiven Psychotherapie spielt für die Behandlung von Borderline-Patienten das technische Instrument der Deutung eine wichtige Rolle. Die Patienten verirren sich oft in der Deutungssprache. Die Deutungssprache basiert auf drei Stufen:

- I. Rekonstruktion aus der biografischen Anamnese
- II. Die Verknüpfung zwischen Biografie und Psycho-Dynamik
- III. Die Formulierung therapeutischer Pläne und Ziele aus der "Deutungs-Sprache".

Im therapeutischen Prozess treten Schwierigkeiten auf, die Abwehr und den Widerstand der Patienten betreffen. Der Betroffene hat Angst, was durch die Mechanismen der Abwehr verursacht wird, die wiederum den therapeutischen Zielen entgegenwirken können. Dabei spielen das Urvertrauen und die Urliche eine große Rolle. Wenn diese aus biografischen Gründen aufgrund eines frühen Ödipus-Komplexes verletzt worden sind, manifestiert sich ein

bestimmtes Verhaltensmuster. In Stresssituationen treten persönliche Lebenskonflikte erneut auf, und der Betroffene kann regredieren, d.h., in die kindliche Erlebenswelt zurückfallen, wodurch die Realitätsprüfung eingeschränkt wird. Daher ist es notwendig, die Biografie des Patienten in Bezug auf seinen intrapsychischen Zustand zu rekonstruieren, um die Psychodynamik sichtbar zu machen.

Durch verbale Deutungen, die auf hypothetisch-freien Assoziationen des Patienten basieren, wird eine Verknüpfung und Deutung zwischen dem Bewussten und Unbewussten hergestellt. Eine wirksame Deutung ist für den Patienten wichtig, damit er sich verstanden fühlt. Die anschließende Klärung bzw. Konfrontation und verschiedene Interpretationstechniken sind Voraussetzungen für eine vollständige Deutung (ebd.).

Technische Neutralität

In der psychoanalytischen Theorie und Praxis bezieht sich "Technische Neutralität" auf die Haltung des Psychoanalytikers oder Therapeuten, die darauf abzielt, während der Therapiesitzungen eine objektive und nicht wertende Einstellung gegenüber dem Patienten zu wahren. Die Idee hinter der Technischen Neutralität ist, dass der Therapeut seine eigenen persönlichen Vorlieben, Meinungen und Werturteile beiseitelegt, um dem Patienten einen sicheren Raum zu bieten, in dem er sich frei ausdrücken kann, ohne Angst vor Verurteilung oder Ablehnung. Die Technische Neutralität umfasst mehrere Aspekte:

1. Wertfreiheit: Der Therapeut sollte sich bemühen, nicht moralisierend oder wertend auf das Verhalten oder die Äußerungen des Patienten zu reagieren, selbst wenn sie persönlich anders empfunden werden könnten.
2. Abstinenz: Der Therapeut praktiziert eine gewisse Zurückhaltung und enthält sich davon, persönliche Beziehungen oder Einmischungen in das Leben des Patienten außerhalb der Therapiesitzungen einzugehen.
3. Reflexion: Der Therapeut reflektiert seine eigenen Reaktionen auf den Patienten und versucht, sie in den Kontext der Therapie zu stellen, anstatt sie unreflektiert auszuleben.

Die Technische Neutralität dient dazu, eine sichere und vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen, in der der Patient seine tiefsten Gedanken, Gefühle und Ängste

offenbaren kann. Durch diese Haltung können unbewusste Prozesse, Konflikte und Muster ans Licht kommen, was der therapeutischen Arbeit bei der Identifizierung und Bewältigung von psychischen Problemen dient.

Es ist jedoch wichtig anzumerken, dass die Technische Neutralität nicht bedeutet, dass der Therapeut vollkommen emotionslos oder distanziert ist. Vielmehr bezieht sie sich darauf, dass der Therapeut seine eigenen emotionalen Reaktionen und Urteile erkennt, sie reflektiert und in den Dienst des therapeutischen Prozesses stellt, anstatt sie auf den Patienten zu projizieren. (ebd.).

Psychoanalytische Klärung

Die Klärung stellt die Plausibilität der ersten Schritte im kognitiven Deutungsprozess dar und kann sich auf verschiedene Bereiche beziehen, die von Therapeuten und Ärzten angesprochen werden:

- Äußerungen aus der Realität des Patienten
- Übertragungsphänomene
- Die Geschichte des Patienten oder aktuelle Abwehrmechanismen oder der Widerstand.

Konfrontationstherapie

In der Konfrontationstherapie gibt es zwei Schritte: Zunächst erfolgt die Konfrontation während des Deutungsprozesses, gefolgt von der Klärung. Das Ziel ist es, unbewusst vorhandene Konflikte bewusst zu machen. Dies geschieht, um Selbstverleugnung und Regression zu vermeiden. Im zweiten Schritt konfrontiert der Therapeut die Patienten im Deutungsprozess mit ihren getrennten vorbewussten und bewussten Inhalten, um ihnen diese Inhalte als Hinweise auf Details deutlich zu machen. Die Patienten werden auf ihre "Maske der Phantasien" aufmerksam gemacht, die zur Abspaltung von der Realität führt. Ambivalente und widersprüchliche Einstellungen und Handlungen werden aufgezeigt und das Einheitsbewusstsein der Realität vor Augen geführt. Wenn Patienten sowohl die Konfrontation

als auch die Klärung des Therapeuten ablehnen, kann der Therapeut sie darauf hinweisen, um ihnen diese Abwehr bewusst zu machen.

Therapeutische Techniken durch Deutung Sprache und Konfrontation

Die erweiterte Therapeutische Deutung: der Deutung liegen Konfrontation und Klärungsansätze zugrunde, mit dem Ziel, das Unbewusste und das Bewusste gemeinsam bewusst zu machen. Sie weisen auch auf die grundlegende Angstabwehr der Ratio hin, die verhindert, dass das Bewusste mit dem Unbewussten kommunizieren kann. Dadurch entsteht eine Motivation für therapeutische Pläne und Ziele, um Konflikthalte des Unbewussten aufzulösen und die Abwehrmechanismen zu unterbrechen. Der Therapeut stellt während der Sitzungen hypothetische Deutungen fest und korrigiert und klärt Sinn und Ziele der Therapien. Hierbei kann auf die Metapher des Unbewussten, versinnbildlicht durch eine Grabkammer, hingewiesen werden, in der alle Verdrängungen und deren infantilen (kindlichen) Verhaltensmuster lagern. Diese manifestieren sich in verschiedenen Situationen als Syndrom oder Symptom und führen zu Übertragungen, die aus diesem unbewussten Reservoir nach außen getragen werden, in Form von Projektionen.

Übertragungsphänomene

Die Erlebnisse der Übertragungen von Seiten der Patienten auf den Therapeuten werden durch Wahrnehmungen, Phantasien und Affekte begründet und zeigen sich während der therapeutischen Interaktion. Die Übertragungen gehen niemals vom Therapeuten aus, sondern immer von den Verdrängungen und Abwehrmechanismen der Patienten.

Die Übertragungen sind unbewusste Inhalte früherer internalisierter Objektbeziehungen (im "Dort und Damals"), die sich im Hier und Jetzt wiederholen. Die Patienten nehmen diese Übertragungen oft als "realistische" Reaktionen wahr und rationalisieren damit Aspekte beim Therapeuten. Die Übertragungen auf den Therapeuten sind unangemessene oder auf verzerrter Wahrnehmung der Realität beruhende Reaktionen des Patienten.

Primitive und reife Übertragungen

Die primitiven Übertragungen werden beim Patienten schnell mobilisiert und zeigen sich mit absoluten und extremen Verzerrungen. Im Vordergrund steht ein Mangel des Patienten an stabilem Selbstgefühl. Er täuscht sich und agiert nicht im "Hier und Jetzt". Die Ursachen liegen in früheren verdrängten Objektbeziehungen oder anderen Objekten und verschiedenen Situationen. Die Patienten identifizieren sich mit den Übertragungsphänomenen und beziehen daraus ihre eigene vollkommene Identität.

Der Therapeut empfindet diese Übertragung als verwirrend, chaotisch und oft bedrohlich, da es nicht möglich ist, sich darin einzufühlen. Die Bedrohung besteht darin, dass die Patienten möglicherweise die Therapie unterbrechen könnten. Wenn der Patient unbewusste Schwierigkeiten hat, reagiert er mit Abwehr. Er trägt eine Maske und sieht sie als seine (subjektive) Wahrheit. Dies kann als ein infantil-destruktives Verhaltensmuster gesehen werden, das so weit gehen kann, dass der Patient die Realität nicht akzeptieren will und nicht in der Lage ist, seine psychischen Konflikte zu überwinden. Darin sieht der Betroffene einen Grund, sich zurückzuziehen, weil er glaubt, dass dies für ihn der beste Weg sei.

Primitive Formen der Übertragung handeln von Teil-Objektbeziehungen, während reife Übertragungen ganze Objektbeziehungen widerspiegeln (ebd.).

Gründe für den Therapieabbruch seitens des Patienten

Gemäß Andrawis A, (2018) gibt es zahlreiche Gründe, aus denen Patienten therapeutische Behandlungen abbrechen. Aus einer psychoanalytischen Sichtweise des Unbewussten können die Ursachen für den Therapieabbruch seitens des Patienten tieferliegende psychodynamische Hintergründe haben. Im Folgenden sind einige potenzielle Gründe aus dieser Perspektive aufgeführt:

- 1.) Eine Übertragung, bei der die Patienten Liebes- und Hassgefühle aus frühkindlichen Verdrängungen der ursprünglichen Objekte auf den Therapeuten übertragen, der als Fremdobjektrepräsentanz fungiert. Der Therapeut wird zum Sündenbock für den empfundenen Schmerz, dem die Betroffenen ausgesetzt sind.
- 2.) Die narzisstischen Anteile bei den Borderline-Patienten führen zu Eifersucht, Neid und Konkurrenz in der Beziehung zum Therapeuten. Sie empfinden den Erfolg des Therapeuten als ihre eigene Niederlage und sehen diesen als Bedrohung des therapeutischen Prozesses.
- 3.) Die Patienten flüchten vor einer Fantasie, dass alles um sie herum ungesund sei und fürchten, vom Therapeuten abhängig zu werden. Sie wollen dies verhindern und üben zusätzlichen Druck aus, indem sie die Sorge des Therapeuten über einen möglichen Therapieabbruch ausnutzen.
- 4.) Sobald die Betroffenen eine erste Besserung spüren, können sie die Therapie vorzeitig abbrechen, obwohl der Heilungsprozess noch nicht vollständig abgeschlossen ist.
- 5.) Die Intensität der Therapieintervalle kann bei den Patienten eine Bedrohung darstellen, zu scheitern.
- 6.) Die Patienten verlassen die Sitzung, um nicht selbst verlassen zu werden.
- 7.) Eine defizitäre Wahrnehmung der Patienten, die sie aus Scham glauben lässt, dass der Therapeut oder andere Menschen sexuelle Wünsche gegenüber ihnen hegen, die als sadistisch betrachtet werden, kann ein Grund für einen Therapieabbruch sein.
- 8.) Auch die Einflussnahme von Angehörigen bzw. Familienmitgliedern der Patienten kann den Verlauf der Therapien beeinflussen, indem sie den Abbruch herbeiführen wollen, damit lang bestehende Muster oder Verhaltensweisen des Patienten weiterhin aufrechterhalten bleiben und der psychologische Gleichgewichtszustand innerhalb der Familie nicht gestört wird.

9.) Wenn sich die Patienten als Opfer fühlen und ihren Therapeuten als Verfolger wahrnehmen, tauschen sie die Rollen und verlassen den hilflosen Therapeuten.

10.) Patienten können ihren Therapeuten entweder idealisieren oder andererseits demütigend erleben. Daher glauben sie, ihn zu überfordern, weil er teilweise wütend und somit inkompetent zu sein scheint. Des Weiteren glauben sie, dass der Therapeut nicht in der Lage sei, die Behandlung zu meistern, und beenden die Therapie quasi aus Rücksicht, um ihn endlich zu entlasten.

11.) Der Patient hat Bedenken bezüglich der Kompetenz und des Therapieansatzes. Er zweifelt daran, dass die Therapie ihm effektiv bei seinen emotionalen Herausforderungen helfen kann, und vermutet, dass der Therapeut sich ausschließlich auf bestimmte Aspekte konzentriert. Daher glaubt er, dass die Therapie nur oberflächlich im Kreis verläuft.

12.) Widerstand ein klassisches Konzept in der Psychoanalyse ist der Widerstand, bei dem der Patient unbewusst versucht, bestimmte Gedanken, Gefühle oder Erinnerungen zu verdrängen oder zu vermeiden. Dieser Widerstand kann sich in der Therapie in Form von Gegenübertragung und Übertragung zeigen und den Patienten dazu bringen, die Therapie abubrechen, um unangenehmen inneren Konflikten aus dem Weg zu gehen.

13.) Verdrängung ein Patient kann unbewusst Erinnerungen oder Gefühle verdrängen, die in der Therapie auftauchen, weil sie schmerzhaft oder traumatisch sind. Der Versuch, diese unangenehmen Inhalte zu vermeiden, kann zu einem Therapieabbruch führen.

14.) Die Furcht vor Selbstreflexion ist ein zentrales Anliegen der Psychoanalyse, die darauf abzielt, unbewusste Prozesse und innere Konflikte zu enthüllen. Ein Patient kann Angst vor den Erkenntnissen haben, die während der Therapie auftauchen könnten, und daher die Therapie vorzeitig beenden, um sich vor der Konfrontation mit sich selbst zu schützen.

15.) In der Therapie besteht die Möglichkeit, dass unbewusste Konflikte oder Traumata aktiviert werden, was zu einer vorübergehenden Rückentwicklung führen kann, bei der der Patient in frühere Entwicklungsphasen zurückfällt. Dies kann Ängste oder Unbehagen hervorrufen und den Patienten dazu veranlassen, die Therapie abubrechen.

16.) Eine überwältigende Übertragung bezieht sich auf eine besonders intensive Form der Übertragung, bei der der Patient starke emotionale Bindungen oder Abhängigkeiten gegenüber

dem Therapeuten entwickelt. Dies kann zu Konflikten führen, und der Patient könnte in Erwägung ziehen, die Therapie abbrechen, um sich vor diesen starken Gefühlen zu schützen.

17.) Im Unbewussten des Patienten können Konflikte vorhanden sein, die sich während der Therapie offenbaren, doch der Patient ist möglicherweise noch nicht bereit, diese Konflikte anzugehen. Dies kann dazu führen, dass der Patient die Therapie abbricht, um diesen Konflikten weiterhin aus dem Weg zu gehen.

18.) Die Angst vor Veränderungen kann ebenfalls dazu führen, dass Patienten die Therapie abbrechen, da sie sich unwohl dabei fühlen, die Verantwortung für Neuerungen in ihrem Leben zu übernehmen.

Der Therapeut kann versuchen, den Patienten zu ermutigen, sich mit diesen Themen auseinanderzusetzen, um eine sinnvolle therapeutische Arbeit fortzusetzen.

Der Autor empfiehlt, diese Gründe rechtzeitig zu erkennen und ein klärendes Gespräch mit dem Patienten zu führen. Während der wichtigsten Interventionen empfinden die Patienten im Falle einer Fortsetzung der Therapie eine Bedrohung für ihr eigenes Leben und das Leben anderer Menschen.

In der Psychoanalyse ist es wichtig, solche Gründe für den Therapieabbruch zu erforschen und zu verstehen, da sie oft auf tiefem liegendem psychodynamischem Prozesse hinweisen. (Andrawis A, 2018).

Zurückhalten von Informationen und pathologisches Lügen

So wie Andrawis A, (2018) erwähnt, kann das Zurückhalten von Informationen und pathologisches Lügen aus psychiatrischer Sicht auf verschiedene psychische Störungen oder Symptome hinweisen. Hier sind einige mögliche Erklärungen:

1. Antisoziale Persönlichkeitsstörung (ASPD): Personen mit ASPD zeigen oft ein pathologisches Lügenverhalten, bei dem sie die Wahrheit verzerren oder Informationen zurückhalten, um persönliche Vorteile zu erlangen oder rechtlichen Konsequenzen zu entgehen.

2. Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS): Menschen mit BPS können Schwierigkeiten haben, ihre Emotionen und Gedanken zu regulieren, was dazu führen kann, dass sie Informationen zurückhalten oder lügen, um sich selbst zu schützen oder um bestimmte emotionale Reaktionen in anderen zu vermeiden.

3. Histrionische Persönlichkeitsstörung: Personen mit dieser Störung neigen dazu, dramatische und manipulative Verhaltensweisen zu zeigen, einschließlich des Zurückhaltens von Informationen oder des Lügens, um Aufmerksamkeit oder Sympathie zu erregen.

4. Schizophrenie: In einigen Fällen können Menschen mit Schizophrenie aufgrund von Wahnvorstellungen oder Halluzinationen Informationen zurückhalten oder lügen, die auf ihre psychotischen Symptome zurückzuführen sind.

5. Paranoide Persönlichkeitsstörung: Personen mit paranoider Persönlichkeitsstörung können dazu neigen, Informationen zurückzuhalten oder zu lügen, da sie misstrauisch gegenüber anderen sind und glauben, dass diese gegen sie arbeiten oder sie schädigen wollen.

Es ist wichtig zu beachten, dass das Zurückhalten von Informationen und pathologisches Lügen nicht immer zwangsläufig auf eine psychische Störung hinweisen, da es auch situative Gründe

oder persönliche Präferenzen geben kann. Wenn solche Verhaltensweisen jedoch anhaltend und problematisch sind, kann eine psychiatrische oder psychologische Bewertung sinnvoll sein, um die zugrunde liegenden Ursachen zu identifizieren und angemessene Interventionen zu planen. Der Griff zu Täuschungsmanövern und anderen Ausweichmethoden in Form von Lügen kann verschiedene Ursachen haben:

- a) die Verhinderung von Vergeltung und Missbilligung des Therapeuten
- b) die Vermeidung der Auseinandersetzung mit dem möglichen Resultat, Verantwortung für ihre Aktionen übernehmen zu müssen
- c) Machtausübung und Kontrolle über den Therapeuten
- d) Durch Lügen üben Patienten Dominanz aus, da sie alle Beziehungen für sich ausnutzen (Andrawis A, 2023).

Der neurotischen Übertragungsphänomene

Andrawis A, (2018) hat erwähnt, dass die psychoanalytische Darstellung der neurotischen Übertragungsphänomene ein zentraler Begriff in der psychoanalytischen Theorie von Sigmund Freud ist und auch in der modernen Psychoanalyse weiterhin Bedeutung hat. "Übertragung bezieht sich auf die unbewusste Übertragung von Gefühlen, Wünschen, Konflikten und Beziehungsmustern aus der Vergangenheit einer Person auf ihre aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen, insbesondere auf ihre Beziehung zum Therapeuten.

Neurotische Übertragungsphänomene entstehen aufgrund von inneren Konflikten und ungelösten emotionalen Problemen aus der Vergangenheit des Individuums. Diese unbewussten Konflikte können auf traumatischen Erfahrungen, frühkindlichen Beziehungsdynamiken und ungeklärten Bedürfnissen beruhen. Die Übertragung kann sowohl positive als auch negative Aspekte haben und umfasst verschiedene Reaktionen, die im Rahmen der Therapie oder in anderen zwischenmenschlichen Beziehungen auftreten können.

Einige Beispiele für neurotische Übertragungsphänomene sind:

Widerstand das Unbewussten UBS.: der Patient kann unbewusst versuchen, bestimmte Themen zu vermeiden oder sich der Therapie zu widersetzen, um Konflikte oder unangenehme Gefühle aus der Vergangenheit zu vermeiden.

Übertragungsliebe oder Übertragungswut: der Patient kann starke Gefühle der Zuneigung oder Ablehnung dem Therapeuten gegenüber entwickeln, die in Wirklichkeit auf vergangenen Beziehungsmustern basieren und nicht auf der gegenwärtigen Beziehung.

Projektion: Der Patient kann unbewusst eigene Gefühle, Wünsche oder Konflikte auf den Therapeuten übertragen und diese als Charakteristika des Therapeuten wahrnehmen, anstatt sie in sich selbst zu erkennen.

Identifikation mit dem Aggressor: der Patient kann sich mit früheren Aggressoren oder autoritären Figuren identifizieren und diese Verhaltensmuster auch in der therapeutischen Beziehung wiederholen.

Verleugnung: der Patient kann bestimmte Aspekte seines Selbst oder seiner Vergangenheit verleugnen oder distanzieren, um mit schmerzhaften oder bedrohlichen Gefühlen umzugehen.

Diese neurotischen Übertragungsphänomene können in zwischenmenschlichen Beziehungen Verwirrung, Konflikte und Störungen verursachen. In der therapeutischen Beziehung können sie das Fortschreiten der Therapie beeinflussen, da sie das Verständnis der zugrunde liegenden Konflikte erschweren und die therapeutische Arbeit erschweren können. Durch das Erkennen und Verstehen der Übertragungsphänomene können sowohl in der Psychoanalyse als auch in anderen psychotherapeutischen Ansätzen wichtige Einsichten gewonnen werden, um die Patienten bei der Bewältigung ihrer emotionalen Probleme zu unterstützen und ihre zwischenmenschlichen Beziehungen zu verbessern (Andrawis A, 2018).

Patienten können auch glauben, ihr Therapeut sei feindselig, aggressiv und primitiv, weil der Erfolg oder das Scheitern der Therapie von der Offenheit der Kommunikation abhängt. Daher

hat der Therapeut die Aufgabe, Lügen seiner Patienten genauso ernst zu nehmen, da sich der Patient selbst damit schädigt (ebd.).

Psychoanalyse und Entstehung von psychischen Störungen

Wie bereits von Andrawis (2018) beschrieben wurde, wird die Entstehung von psychischen Störungen durch frühkindliche Traumata sowie genetische Faktoren in Verbindung mit einem instabilen und unsicheren sozialen Umfeld begünstigt. Verdrängte Traumata, die niemals aufgedeckt werden und sich im Unbewussten manifestieren, führen zum Ausbruch von psychischen und physischen Krankheiten. Die strukturellen Mängel, insbesondere die primären und sekundären, begünstigen die Entstehung verschiedener Persönlichkeitsstörungen wie z.B. narzisstische, schizoide und paranoide Persönlichkeitsstörung sowie Borderline-Persönlichkeitsstörung und Psychosen.

Solche Entwicklungen sind leider nicht verwunderlich, aber umso mehr beschämend. Die Entwicklung von Abhängigkeit und Bindung sowie die Entwicklung früher Ängste, Urvertrauen und Sicherheitserleben haben nachhaltige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Erwachsenen und somit auf die gesamte Gesellschaft.

Die Abhängigkeit eines Kindes entsteht direkt nach der Geburt in Abhängigkeit von seinem sozialen Umfeld. Aus physiologischer Sicht beginnen die Angstzustände des Kindes, wenn sich die Mutter von ihm entfernt und/oder ihm Fremde begegnen. Zentral für die Überwindung aller Konflikte ist das Wiedererlangen von Urvertrauen und Ur liebe. Diese sind das Fundament für die weitere psychische Entwicklung des Kindes (ebd.).

Therapie Borderline-Störung ICD-10 F60.31

Die Behandlung von Borderline-Patienten ist in der Tat eine Herausforderung für Psychotherapeuten. Eine der Hauptziele der Psychotherapie bei Borderline-Patienten ist die Identifikation und Deutung unbewusster Konflikte, die das Verhalten und Erleben des Patienten beeinflussen können. Durch die Bewusstmachung dieser unbewussten Konflikte kann der Patient eine tiefere Einsicht in seine inneren Prozesse und Muster gewinnen und somit Veränderungen und Verbesserungen in seinem Leben bewirken.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kombination von Psychotherapie und Psychopharmaka in der Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen häufig empfohlen wird, aber die Behandlung sollte auf den individuellen Bedarf abgestimmt werden.

Die Psychotherapie bei Borderline-Patienten konzentriert sich oft auf die Bearbeitung von traumatischen Erlebnissen und der Entwicklung gesunder Bewältigungsmechanismen. Der Therapeut hilft dem Patienten, seine inneren Konflikte und Emotionen zu identifizieren, zu verstehen und konstruktiv zu verarbeiten. Ein wichtiger Teil der Therapie besteht darin, dem Patienten neue Wege aufzuzeigen, mit Stress, Emotionen und Beziehungen umzugehen.

Eine Herausforderung bei der Behandlung von Borderline-Patienten besteht darin, dass sie oft eine hohe emotionale Labilität haben und Schwierigkeiten haben, Beziehungen aufrechtzuerhalten. Die Therapie kann sich auch auf die Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen und der sozialen Unterstützung des Patienten konzentrieren, indem der Patient dabei unterstützt wird, effektivere und gesündere Beziehungen zu entwickeln.

Es ist wichtig zu betonen, dass die Psychotherapie bei Borderline-Patienten ein langfristiger Prozess sein kann und eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Patienten und dem Therapeuten erfordert. Ein wichtiger Teil der Therapie besteht darin, dass der Patient die Deutungen und Einsichten des Therapeuten in sein eigenes Leben integrieren und in die Tat umsetzen kann, um langfristige Veränderungen zu bewirken.

Die Frage lässt sich erstellen wie die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen aussieht?

psychoanalytischer Sicht ist komplex und umfasst in der Regel eine Kombination aus psychotherapeutischen und pharmakologischen Ansätzen. Es gibt jedoch keine allgemeingültige Antwort darauf, ob jede Borderline-Behandlung mit Psychopharmaka kombiniert werden muss, da die Behandlung von Fall zu Fall individuell angepasst werden muss.

In der psychoanalytischen Praxis wird oft eine langfristige psychotherapeutische Behandlung empfohlen, die auf die spezifischen Bedürfnisse und Symptome der betroffenen Person abgestimmt ist. Die Therapie kann auch psychodynamische Elemente beinhalten, um den unbewussten Prozessen und Konflikten auf den Grund zu gehen, die zur Entstehung der Borderline-Symptome beitragen.

In einigen Fällen können jedoch auch Psychopharmaka wie Antidepressiva oder Antipsychotika eingesetzt werden, um bestimmte Symptome wie Depressionen, Angstzustände oder psychotische Symptome zu lindern. Die Entscheidung, welche Art von Medikamenten und in welcher Dosierung sie verschrieben werden sollten, hängt von den individuellen Bedürfnissen und der Reaktionsfähigkeit der betroffenen Person ab.

Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass die pharmakologische Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen nicht als alleinige Behandlungsoption angesehen werden sollte. Eine umfassende Therapie, die psychotherapeutische Ansätze und Medikamente kombiniert, kann in der Regel die besten Ergebnisse erzielen.

6.1 Therapie durch psychiatrische und psychoanalytische Methoden

Psychiatrische und psychoanalytische Methoden beschäftigen sich mit der Therapie psychischer Störungen. Die Psychiatrie als wesentlicher Teil der ganzheitlichen Medizin stellt einen Entscheidungsfaktor bei Diagnose und Medikation dar, falls notwendig. Im Idealfall sollten Psychiatrie und Psychoanalyse aufeinander abgestimmt werden. Für psychiatrische Behandlungsmethoden listet Rüegg JC, (2003) eine Reihe von verschiedenen Therapiemöglichkeiten auf, einschließlich medikamentöser Therapien sowie anderer Formen von psychiatrischen Methoden in ambulanten und stationären Bereichen sowie Privatpraxen. Rüegg JC, (2003).

Die psychoanalytischen Behandlungsmethoden umfassen die Diagnose und Therapie der Erkrankung und ihrer Ursachen, wie zum Beispiel verdrängte und unbewusste Traumata, frühkindliche Erlebnisse und die Entstehung neuer Traumata. Die Entstehung von psychischen Störungen hat Einfluss auf die Bildung von Charaktereigenschaften und gestaltet, laut Kernberg, die zwischenmenschlichen Beziehungen untereinander (Kernberg OF, 1998).

Die oben genannten psychiatrisch-psychoanalytischen Methoden sind Teil des Aufgabenbereichs der Diagnosestellung, Behandlung und des Copings. Meine vielfältige Berufserfahrung in verschiedenen Spitälern auf psychiatrischen Stationen, wie zum Beispiel im Otto-Wagner-Spital und der Universitätsklinik AKH Wien, in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Rosenhügel sowie in der Psychosozialen Ambulanz Favoriten, und meine Alltagserfahrung in meiner eigenen Praxis haben gezeigt, dass Patienten, die auf ihre Glaubenshaltung vertrauen, sich leichter durch die Therapie führen lassen und in kurzer Zeit mit der Therapie fertig werden können. Wer nicht über das notwendige konditionelle Wissen bezüglich Krankheiten, ihrer Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten sowie psychischer, sozialer und materieller Ressourcen verfügt, ist meist mit den Herausforderungen des Lebens überfordert. Möller et al. (1996) wiesen daher auf die Wichtigkeit professioneller Hilfe hin, denn ohne diese leiden die Betroffenen weiter an ihren Krankheiten, und es besteht die Gefahr, dass diese ein chronisches Ausmaß erreichen. Die Angehörigen sind dadurch prädestiniert für Krankheitsanfälligkeit, da sie beruflich und privat kaum noch belastbar sind. Es folgt ein sozialer und gesellschaftlicher Abstieg (Andrawis A, 2018).

Für psychiatrische Behandlungsmethoden gibt es eine Reihe von verschiedenen Therapiemöglichkeiten, z. B. medikamentöse Therapien sowie andere Formen von psychiatrischen Methoden, die sowohl in ambulanten als auch stationären Bereichen des Krankenhauses und in Privatpraxen angewendet werden können (Rüegg JC, 2003). Die Aufdeckung frühkindlicher Verdrängungen durch die Psychoanalyse und deren Zusammenhang mit der christlichen Glaubenshaltung kann einen neuen Aspekt für zwischenmenschliche Beziehungen darstellen.

Für Andrawis A, (2018) liegt der Hauptfokus der psychoanalytischen Psychotherapie auf den verdrängten Anteilen des Unbewussten, der Übertragungsneurose und der Deutungssprache,

um deren Inhalte zu klären. Das Ziel liegt darin, Inhalte des Unbewussten bewusst zu machen, Traumata zu überwinden und neue Erfahrungen in die Tat umzusetzen.

Was ist überhaupt die Psychoanalyse? Wie der Autor im Jahr 2018 beschrieben hat, ist die Psychoanalyse eine wissenschaftlich fundierte, tiefgreifende psychotherapeutische Methode. Sie ist eine Disziplin der Humanwissenschaft, die sich mit dem menschlichen Leben und dem damit verbundenen seelischen Leidensdruck sowie psychischen Erkrankungen und Therapien auseinandersetzt. Im Fokus stehen dabei frühkindliche Traumata, posttraumatische Ereignisse und strenge familiäre Erziehung. Aus anthropologischer Sicht wird der Mensch als Einheit von Körper, Geist und Seele verstanden, die untrennbar miteinander verbunden sind und in Wechselwirkung zueinanderstehen (Andrawis A, 2018).

Im weiteren Sinne ist die Psychoanalyse die Wissenschaft vom Unbewussten. Sie wurde vor über 100 Jahren von Sigmund F. gegründet und als neue Forschungs- und Disziplin bezeichnet, die er als PA bezeichnete. Ihre Ursprünge liegen in den Bereichen der Medizin, Metapsychologie und Philosophie. Als analytische Disziplin stellt sie eine Methode zur Erforschung des Unbewussten und der Erkrankungen der verdrängten Lebens-Traumata dar. Die Psychoanalyse beschäftigt sich mit einer Reihe von praktischen psychoanalytischen Techniken und theoretischen Konzepten sowie Es gibt verschiedene Modelle und Theorien zur Entstehung psychischer Erkrankungen, wie die Psychodynamik oder die biologischen, kognitiven und sozialen Modelle.

Die Psychodynamik betrachtet psychische Erkrankungen als Ergebnis innerer Konflikte, die auf unbewussten Trieben, Wünschen und traumatischen Erfahrungen beruhen. Die Diagnose und Anamnese beruhen auf einer genauen Untersuchung dieser inneren Konflikte und ihrer Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben des Patienten.

Die biologischen Modelle betonen hingegen die Rolle von genetischen und neurobiologischen Faktoren bei der Entstehung psychischer Erkrankungen. Hierbei werden Symptome und

Verhaltensweisen in Zusammenhang mit Veränderungen im Gehirn und im Stoffwechsel betrachtet.

Die kognitiven Modelle gehen davon aus, dass psychische Erkrankungen auf bestimmte Denk- und Verhaltensmuster zurückzuführen sind, die durch negative Erfahrungen und soziale Einflüsse verstärkt werden können. Hierbei wird die Diagnose und Anamnese auf die Bewertungsmuster und kognitiven Verzerrungen des Patienten gestützt.

Die sozialen Modelle betonen die Rolle von sozialen Faktoren, wie z.B. familiäre Konflikte, Beziehungsprobleme oder sozialer Stress bei der Entstehung psychischer Erkrankungen. Die Diagnose und Anamnese beruhen hierbei auf einer genauen Untersuchung der sozialen Situation und der Beziehungen des Patienten.

In der Praxis werden oft mehrere Modelle und Theorien kombiniert, um eine ganzheitliche Betrachtung und Behandlung von psychischen Erkrankungen zu ermöglichen. Eine genaue Untersuchung der Ursachen, Wirkungen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten ist dabei ein wichtiger Bestandteil der Diagnose und Anamnese (ebd.).

Therapeutische Ziele

- 1.) Persönliches Wachstum und Selbstverwirklichung und Steigerung der sozialen Kompetenz und Neugestaltung des persönlichen Umfelds.
- 2.) Bewusstmachung und Wiedererleben des inzwischen unbewussten ursprünglichen Konflikts. Verstehen der Vergangenheit und Stärkung des Selbstbewusstseins.
- 3.) Selbsterkenntnis -Analyse von Übertragungen und Gegenübertragungen Dies ermöglicht eine "Nachreifung" des Ichs im Verlauf seiner Entwicklung, hin zum Erreichen optimaler Konfliktlösungen. Zudem fördert es das Selbstwertgefühl und unterstützt die Erfüllung lebenswichtiger persönlicher Bedürfnisse.
- 4.) Innere Konfliktlösung und Aufbau eines stabilen psychischen Zustands, Tragfähigen zwischenmenschliche Beziehungen und gegebenenfalls einer Partnerschaft, sowie die Wiedererlangung sozialer Fertigkeiten.

5.) Erfülltes Leben und erfüllte partnerschaftliche Beziehungen, einschließlich Sexualität.

Natürlich, hier ist eine alternative Formulierung:

6.) Ein Leben, das frei von Leiden, Stress und Sorgen ist, und stattdessen auf ein gesundes und bewusstes Leben ausgerichtet ist.

7.) Förderung von Selbsthilfekompetenzen umfasst: Selbstbewusstsein: Sich selbst verstehen und reflektieren.

Selbstregulation: Emotionen kontrollieren, Stress abbauen und Selbstmotivation.

Problemlösungsfähigkeiten: Effektive Strategien zur Lösung von Problemen entwickeln.

Kommunikation: Effektive Kommunikation mit anderen und sich selbst.

Selbstpflege: Selbstsorge, inklusive Ernährung, Bewegung und Schlaf.

Ressourcenmanagement: Effiziente Verwaltung von Zeit, Geld und Energie.

Resilienz: Erholung von Rückschlägen und Bewältigung von Herausforderungen. Ziel ist ein Leben mit innerer Stärke und Freude (Andrawis A, 2018).

Literaturverzeichnis

Andrawis A, (2021) Dissertation, Ganzheitliche Medizin Heilung und Heil, an der Collegium Humanum – Warsaw Management University Univ.

Andrawis A, (2021): Humanmedizin und Psychotherapiewissenschaft, zwischen Theorie und Praxis, Eigenverlag.

Andrawis A, (2018): Psychoanalyse zur Überwindung, frühkindlicher Traumata zweijährige Patientenanalyse, von Jänner 2012 bis Februar 2014, Der verborgene Teil des Eisbergs Model Freud, 2.überarbeitete Auflage, Verlag Poligraf, Wydawnictwo, 2.überarbeitete Auflage, Poligraf sp. z o. o., ISBN: 978-3-9504659-0-4.

Andrawis A, (2018): Determinanten des Entscheidungsverhaltens, von Verdrängung Heilung, Glaube, zur Bedeutung der Aufdeckung frühkindlicher Verdrängungen, durch Psychoanalyse und im Zusammenhang mit christlicher Glaubenshaltung, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o., ul ISBN: 978-3-9504659-0-7.

Andrawis A, (2015): Der verborgene Teil des Eisbergs, Eine zweijährige Patientenanalyse von Jänner 2012 bis Februar 2014, 1. überarbeitete Auflage, Eigenverlag.

Andrawis A, (2018): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o. ISBN: 978-3-9504659-2-1.

Andrawis A, (2018): Psychoneuroimmunologie PNI Komplementärmedizin, und Ganzheitliche Heilung, Verlag Poligraf, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o.,24ISBN: 978-3-9504659-3-8.

Andrawis A, (2013): Der verborgene Teil des Eisbergs. Eine zweijährige Patientenanalyse eigene verlag.

Bürgin D, Resch F, Schulte-Markwort M, (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 2., überarbeitete Auflage Verlag Huber.

Dilling H, Mombour W, Schmidt M H, (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. überarbeitet Aufl., Verlag Hans Huber.

Kernberg O F (1998): Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten, Verlag Hans Huber.

Mentzos S, (2010): Neurotische Konfliktverarbeitung. Einführung in die psychoanalytische Neurosenlehre unter Berücksichtigung neuer Perspektiven, Fischer-Verlag.

Miller, A, (1984) Thou Shalt Not Be Aware: Society's Betrayal of the Child. New York: Farrar Straus and Giroux. pp. 105–227.

Möller H-J, Laux G, und Deisster A, (2010): MLP Duale Reihe Psychiatrie, Hippokrates Verlag.

Möller H-J, Laux G, Deister A, (2014): Psychiatrie und Psychotherapie, 5. Aufl., Thieme Verlag.

Schuster P, Springer-Kremser M, (1997): Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie, 4.Aufl., WUV-Universitätsverlag.

Schuster P, Springer-Kremser M, (1998): Anwendungen der Psychoanalyse. Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht, 2. Überarbeitete Auflage, WUV-Universitätsverlag.

Wielant M, Bauer M, Lamprecht F, Rose HK, Rohde DC, (2004) Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Lehrbuch) 7. Aktualisierte Auflage, Thieme Verlag.

Zepf S, (2000): Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie, Psychosozial-Verlag.

Andrawis Andrawis