



137 Persönlichkeit und Verhaltensstörungen BPS. ICD-10 V. F60 und Borderline-Typ F60. 31

Wie Andrawis A. (2018) ausführlich darlegt, gehört das folgende Kapitel zu den komplexesten Bereichen innerhalb der Psychiatrie.

Es geht um Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, die gemäß den internationalen Kriterien der ICD-10 unter den Codes F60 bis F69 eingeordnet werden. Diese unterschiedlichen Störungsbilder haben ihren Ursprung häufig in der Kindheit und im Erziehungsumfeld. In diesem Zusammenhang sei auf die Bindungs- und Objektbeziehungstheorien hingewiesen. Sofern keine begleitenden Angststörungen oder Depressionen vorliegen, ist nicht zwangsläufig eine medikamentöse Therapie erforderlich. Bei Abwesenheit der oben genannten Störungen der Angst und Depression reicht aus psychoanalytischer Sicht eine Psychotherapie aus. Ziel einer solchen Therapie ist eine neue Strukturierung des Umfeldes sein. Wichtig sind die Bewusstmachung und das Wiedererleben des inzwischen unbewussten ursprünglichen Konflikts im Rahmen eines

Übertragungsprozesses, eine "Nachreifung" des Ichs über die Entwicklung aber optimaler Konfliktlösungen.

Weitere Ziele sind der Aufbau eines tragfesten psychischen Zustands, tragfähige stabile zwischenmenschliche Beziehungen sowie einer Partnerbeziehung und in weiterer Folge die Wiedererlangung der sozialen Fertigkeiten. Geholfen wird vom Therapeuten ebenso beim Aufbau von Selbsthilfekompetenzen durch Reflexion der Ereignisse, inkl. Selbstwertförderungen und bei der Rekonstruktion der Biographie und den daraus entstandenen unbewussten Verdrängungen der Kindheit. Dem Patienten wird bewusst gemacht, dass es wichtig ist für die eigene Gesundheit und lebenswichtige persönliche Bedürfnisse zu sorgen, berufliche Perspektiven zu entwickeln.

Nach Andrawis A, (2018) weist 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 viel mehr auf einen strukturellen Mangel der Erziehung. Rohde et al. führen das auf den Verlust von Ur liebe und Urvertrauen sowie auf den Missbrauch und auf die Misshandlung des Kindes zurück (Andrawis A, 2018).

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen finden sich bei Dilling et al. (2011) unter der Klassifizierung F60 – F69 folgende:

- paranoide Persönlichkeitsstörung F60.0,
- dissoziale Persönlichkeitsstörung F60.2,
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung F60.3,
- impulsiver Typ F60.30,
- schizoide Persönlichkeitsstörung F60.1,
- Borderline-Typ F60.31,
- histrionische Persönlichkeitsstörung F60.4,
- ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung F60.6,
- anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung F60.5,
- abhängige(asthenische) Persönlichkeitsstörung F60.7,
- andere spezifische Persönlichkeitsstörungen F60.8,
- weitere narzisstische Persönlichkeitsstörung F60.80,
- passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung F60.81,
- sonstige andere spezifische Persönlichkeitsstörungen F60.88 und so weiter (Möller et al. 2005).

Dieser Artikel behandelt in weiterer Folge den „Borderline-Typ“ nach ICD.10 V. F60.31 Er gilt als häufigste Erscheinungsform einer Persönlichkeitsstörung (Andrawis A, 2018).

Borderline-Typ Pathologie und Psychoanalyse

Wie Andrawis A, (2018) beschrieben hat, liegt die Geschichte vom Borderline-Typ in der Psychiatrie weit zurück. Das erste Mal wurde der Begriff 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 Patiententyps von psychotischen Patienten zu unterscheiden.

Stern hatte damals Merkmale der Patienten beschrieben, die Kernberg OF, (2008) später übernommen hat und in seinen Arbeiten zur Ich-Pathologie von Borderliner-Patienten veröffentlichte. Aus analytischer Sicht gibt es bei Patienten die Tendenz zur Idealisierung der Objektbeziehung zwischen dem Kind und der Mutter. Diese Idealisierung wechselt sich gleichzeitig mit der Entwertung derselben Beziehung ab. Hierbei spricht man von einem ambivalenten Zustand. Grinker unterteilt anhand seiner empirischen Daten von Borderline- (Kernberg OF, (2008).

Patienten vier Charaktertypen:

- 1.) Anakastische Bezeichnungen
- 2.) Wutanfälle
- 3.) mangelnde Ich-Identität
- 4.) Depression durch Einsamkeit

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. Das zeigt sich konkret durch projektive Identifizierung, Spaltung und Verleugnung. Ursprünglich entsteht dabei eine Pathologie der oben genannten Objektbeziehung zwischen Mutter und Kind und dem Über-Ich, die durch mangelnde Angsttoleranz, Impulskontrolle sowie mangelnde Sublimierungsfähigkeit als Ich-Schwäche zum Ausdruck kommt (Andrawis A, 2018).

Zurückzuführen ist diese frühe Störung einerseits auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind, in der das Urvertrauen und die Ur liebe verletzt wurden und andererseits auf frühkindliche, traumatische Erlebnisse. Hier spielen die psychosozialen Komponenten eine Rolle, darunter Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit, Armut, Alkoholismus, Trennung, Scheidung der Eltern und Gewalt in der Familie. Auch der Vater ist in Zusammenhang mit dem Autoritätsverhalten, seiner Abwesenheit und seinem Verhältnis zur Familie involviert. Des

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

Exakte Diagnose nach DSM-III-R-Kriterien

Für eine exakte Diagnose des Borderline-Typs müssen 5 der folgenden 8 Kriterien 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. Verzweifelte Bemühen, imaginäres Alleinsein oder reales Alleinsein zu verhindern (Kernberg OF, 1998).

Borderline-Typ F 60.31

Diagnose-Kriterien nach ICD10 F internationale Klassifikation psychischer Störungen:

- Vorhandensein emotionaler Instabilität des eigenen Selbstbilds, der inneren Präferenz, einschließlich unklarer und gestörter Sexualität
- Chronisches Gefühl innerer Leere
- Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen, die zu Wiederholung emotionaler Krisen führen können, einschließlich übermäßiger Bemühung, nicht verlassen zu werden.
- Zudem Selbstschädigung und Suiziddrohung, die auch ohne Grund und ohne Auslöser auftreten kann.

Die DSM-III-R-Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung können mit anderen schweren Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der schizotypischen, histrionischen, antisozialen und narzisstischen Persönlichkeitsstörung überlappen (Andrawis A, 2018).

Drei Kriterien für die Diagnose des Borderline-Typs

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

I. Niveau der Abwehroperationen

II. Identitätsdiffusion (mangelnde Integration)

III. Fähigkeit zur Realitätsprüfung

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).

Spaltung und andere Mechanismen wie z.B. projektive Identifizierung, bzw. 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.).

I. Primitive Idealisierung

Sie zeigt sich beispielsweise durch 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 von einem Patienten überidealisiert wird, dann darf sie keine Fehler aufweisen. Der Patient glaubt, dass die idealisierte Person vollkommen ist (ebd.).

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 Zuweisung eines Impulses auf einen anderen Menschen. Das ist ein Hinweis auf frühe Verdrängungen.

Kernberg hat beschrieben, dass die projektive Identifizierung durch 3 Schritte charakterisiert ist:

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

II. 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 kann man als „Nicht-Selbst“ vom Selbst trennen. 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 zurückfinden zu können. 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 Impuls-kontrolle, fehlende Angsttoleranz und mangelhaft entwickelte Fähigkeit zur Sublimierung), von ÜberIch-Pathologie (infantile, unreife Wertsysteme, widersprüchliche innere moralische Forderungen oder sogar antisoziale Züge) Sekundäre Strukturmerkmale beruhen auf solch einem

pathologischen Befund. Die Diagnose daraus beruht auf den 3 oben genannten Kriterien der Abwehroperationen, Identitätsdiffusion und Realitätsprüfung (ebd.).

III. 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 wie auch von sich selbst zeigen sich in der Unfähigkeit zwischenmenschliche Beziehungen leben zu können. Ebenfalls sprach ein Betroffener in einem Kurzinterview über die Schwierigkeit sich mit dem Partner über eine Sachlage realistisch und ordnungsgemäß austauschen zu können.

Praktische Anwendungen für den 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. Für Hermann et. al (1989) kann die Diagnose der Betroffenen durch jene der schweren posttraumatischen Belastungsstörung ersetzt werden, weil keine definitive Diagnose für Borderline festgelegt werden kann. Sexueller Missbrauch taucht stets in Verbindung mit Persönlichkeitsstörungen auf (Hermann et. Al1989).

Konzepte der Behandlung

Die expressive Psychotherapie beruht auf einem psychodynamischen Modell und soll die Fähigkeit des Patienten steigern sich selbst und andere Menschen als kohärente (zusammenhängende), integrierte und realistisch von ihm wahrgenommene Individuen zu erleben. Der Patient soll lernen, seine Impulse zu kontrollieren, Ängste zu tolerieren, Affekte zu regulieren, Triebwünsche zu sublimieren und Intimität und Liebe zu erleben. Das passiert auf einem psychoanalytisch-expressiven Psychotherapiemodell (Kernberg Of, 2011).

Bei Andrawis A, 2018 steht, dass die Voraussetzungen für die Therapie sind Übertragungsphänomene, Widerstandsformen, Abwehrmechanismen und Deutungstechniken. Diese Therapieform fordert einige Modifikationen (Umwandlung therapeutischer Techniken und technische Neutralität) und setzt sie mit anerkannten Grundsätzen psychoanalytischer Behandlung in Verbindung. Bei allen Psychotherapieformen, die unspezifische Aspekte enthalten, spielt Kontinuität sowie Zuverlässigkeit, Akzeptanz, Wertschätzung und Authentizität sowie eine gesunde Kommunikation mit Empathie eine wichtige Rolle. Voraussetzung für eine positive Therapie sind Konsequenz und Disziplin (Andrawis A, 2018).

Gegenstand, Behandlungsmethoden und Ziele

Bei Kernberg soll mit Bezug auf eine expressive Psychotherapie für Borderline Persönlichkeitstypen die Fähigkeit des Verständnisses und der Empathie für die eigene Person und sich selbst gesteigert werden. Zusammenhänge sollen wahrgenommen, integriert und individuell umgesetzt werden. Andrawis A, (2018) hebt in diesem Prozess die Bewusstmachung von Abwehrmechanismen und deren Reduktion hervor. Dies führt zu einer Verringerung der Ich-Struktur, da die Reaktionsmöglichkeiten geschwächt werden. Das geschieht durch die Fähigkeit die eigenen Impulse zu kontrollieren, die Affekte zu regulieren, die Fähigkeit Angst zu tolerieren und seine Triebwünsche sublimieren zu können. Gleichzeitig entwickelt der Patient stabile und befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen, um Liebe und Intimität erleben zu können.

Diese Ziele können durch Erkennen und Klärung der abgespaltenen Anteile der inneren Objektwelt des Betroffenen erreicht werden. Durch die Übertragung auf den Therapeuten wird diese Spaltung sichtbar gemacht. Jede Übertragung bedeutet eine Selbstvorstellung des Patienten durch die Rekonstruktion der Objektvorstellung und des affektiven Zustands und verbindet daher Selbstvorstellung und Objektvorstellung miteinander. Der Patient bemüht sich bei dieser Objektvorstellung um Unterdrückung und Vermeidung seiner inneren Konflikte durch primitive infantile (kindliche) Übertragungen. Die Therapieempfehlung für Borderline Patienten ist diese Übertragung zu verstehen und die Deutung anzunehmen, anstatt dem gegenwärtigen Bedürfnis nach Vermeidung und Unterdrückung nachzugehen.

Die Deutung von Spannungsanteilen psychischer Erlebnisse des Betroffenen soll dem Patienten mitgeteilt werden. Durch Deutung und Klärung der gespaltenen Elemente, bewegen sich

(gespaltene) Selbstrepräsentanzen langsam in Richtung vollständiger Selbstrepräsentanz, durch Erfassung des Bildverständnisses aggressiver und libidinöser Tendenzen. Daraus resultiert die differenzierte realistische Sicht des Selbst der Objektwelt. So entwickeln sich Selbst- und Objektwelt, sowie die Erkennung der inneren Affektzustände. Die integrierten Objektrepräsentanzen spiegeln eine realistische elterliche Bildvorstellung und die Integration mit ihnen, aus den früheren Kindheitserlebnissen wider, so dass der Borderliner Typ-Patient in der Lage ist, seine Vergangenheit realistisch akzeptieren zu können (Andrawis A, 2018).

Baustein hin zum Behandlungsziel

Die Gegenwärtigkeit und Wertschätzung dem Therapeuten sowie allen anderen Personen gegenüber ist sehr wichtig und kann als große Hilfe und Beispiel für alle weiteren zwischenmenschlichen Interaktionen fungieren. Es soll dabei helfen zu integrieren und die Objektrepräsentanzen mit sich selbst zusammenzuführen. Durch Spaltung und internalisierte Objektbeziehungen sowie Charakterzüge der Spaltung, die sich in Aggression und Liebe äußern, entstehen Überidealisierung und Entwertung. Die Integrationen werden wiederum durch die Analyse der Abwehroperationen, die diese Abspaltung aufrechterhalten, verbessert. Wichtig bei diesen Patienten ist das Erkennen primitiver, gespaltenen Ich-Zustände und ihrer Integration durch Auflösung von Abwehroperationen, die zur Spaltung und Realitätsverlust führen. Dies geschieht mit Hilfe von Integrationstechniken (ebd.).

Technische Neutralität

Psychoanalytische Psychotherapie beinhaltet das offene Gespräch zwischen Therapeut und Patient. Die Anweisung des Patienten zur offenen Aussprache gehört zur Standardregel freier Assoziation. Die Intervalle der Therapien finden normalerweise zwei bis dreimal pro Woche statt. Expressive Psychotherapie, die als Grundtechnik der Psychoanalyse angesehen wird, gleicht ihr in der Rekonstruktion der Biografie und deren Verknüpfung mit der Psychodynamik des Patienten. Daraus resultieren die Deutung und die Therapieinhalte. Beide Behandlungsansätze beinhalten die Übertragungsanalyse sowie die technische Neutralität, wobei diese in der expressiven Psychotherapie auch zeitweise aufgehoben werden kann. Durch Deutungstechnik muss diese dann erneuert werden. Für langfristige therapeutische Ziele muss die Überwachung der äußeren Realität mit einbezogen werden (ebd.).

Bei unterstützenden Therapien wird das „In-sich-gehen“ des Patienten durch den Therapeuten unterstützt, um ein positives Miteinander in der Anfangsphase der Therapie, in der die Unterstützung des Patienten besonders wichtig ist, herzustellen. In dieser Phase sollten Konfrontationstherapien vermieden werden. Der Deutungsprozess orientiert sich am „Hier und Jetzt“, dem „Dort und Damals“. Die Hauptstrategie unterstützender 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. Aufgabe des Therapeuten ist die Übertragungsphänomene des Patienten durch Objektaffekte in die Gegenwart und Realität zu holen. Technische Neutralität kann hierbei leicht aufgegeben werden und muss nicht notwendigerweise wiederhergestellt werden.

Expressive Psychotherapie

Bei Borderline Patienten wird diese Methode wegen des Behandlungsprozessverlaufs „Hier und Jetzt“ anhand von Rekonstruktion der biografischen Anamnese des Patienten nur in fortgeschrittenen Therapien durchgeführt. In der Psychoanalyse hingegen wird die Rekonstruktion der biografischen Anamnese durch Deutung und Verknüpfung auf das Gegenwartsgeschehen übertragen. Die Analyse der Übertragung wird im Vergleich zur Psychoanalyse in Bezug auf die gegenwärtige Lebenssituation des Patienten überdacht, damit therapeutische Ziele nicht in Gefahr geraten 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 (ebd.). 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 aber wiederhergestellt werden, sobald die für die Behandlung bedrohliche Situation, die diese Abweichung erforderlich machte, nicht mehr existiert (ebd.).

Stützende Psychotherapie

Im Gegensatz zur expressiven Psychotherapie können bei diesem Ansatz z.B. Worte der Ermutigung, Lob, Überredung, Interventionen und das Umfeld des Patienten frei benutzt werden, um Hilfestellungen zu leisten. Bei Notwendigkeit können auch zusätzliche Therapiemethoden angewandt werden, wobei dies nicht immer der Fall sein muss. 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, Klärung, jedoch keine Deutung. Im Gegensatz dazu wird in der expressiven Psychotherapie der direkte Ausdruck affektiver/emotioneller und kognitiver/verstandesmäßiger Unterstützung, wie auch ein Eingreifen in die Lebensumstände, vermieden. Erfahrene Therapeuten sind in der Lage die Rahmenbedingungen direkt in ihrer Arbeit anzuwenden (ebd.).

Behandlungsmethode

Die expressive Psychotherapie beinhaltet das Konzept einer stabilen, pathologischen, intrapsychischen Struktur zur Behandlung der Borderline-Störung. Diese Technik in der Psychoanalyse ist spezialisiert auf die Behandlung pathologischer Zustände dieser Störung. Aus psychoanalytischer Sicht stellt sich das Freud'sche Modell als differenziertes, dreigeteiltes System "ICH, ÜBER-ICH und ES " dar. Diese drei Komponenten stehen im Konflikt miteinander. Der strukturellen Organisation klassischer Charakterneurose (stark pathologische Persönlichkeitsbildung und Psychosexualität) und Psychoneurosen (psychogenetisch ausgelöste Neurosen, bei der die Auslöser frühkindlich-unbewusste verdrängte Konflikte sind) liegt dieses dreigeteilte Modell zugrunde (ebd.).

Wie bereits erwähnt, handelt es sich bei der Borderline Persönlichkeits-Organisation 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

Urgrund liegt im Ödipuskomplex, den psychosexuellen aggressiven Trieben aus der frühkindlichen Entwicklung. Die Borderline-Störung beeindruckt durch 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 aus präödipalen Beziehungen stammt. Auf Grund 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, in der 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 (ebd.).

Objektbeziehungstheorie

Im Jahr 1972 beschrieb Margaret Mahler die Objektbeziehungstheorie als einen Prozess der Individuation und Trennung. Die entscheidende Phase für die Prägung pathologischer Symptome durch die elterliche Bezugsperson liegt zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr. In dieser Zeit können sich frühe aggressive und psychische Erfahrungen manifestieren. Psychologische Theorien und Techniken zeigen, dass bei der Aktivierung früh verinnerlichter Objektbeziehungen und deren Verdrängungen pathologische Übertragungen deutlich in bestimmten Affektzuständen erkennbar 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).

Die Psychoanalytische Deutung

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 intellektuellen Äußerungen und vermischen Bewusstes und Unbewusstes. So können weder Verbindungen hergestellt noch Ursachen erkannt werden. Die frühkindlichen Verdrängungen haben Einfluss auf Übertragungsphänomene. Dadurch kommt es zu einer Verwechslung zwischen Realität und Phantasie (ebd.).

Deutungssprache

Die Deutungssprache basiert auf drei Stufen:

- I. Rekonstruierung aus der biografischen Anamnese
- II. Die Verknüpfung zwischen Biographie und Psycho-Dynamik
- III. Die Formulierung therapeutischer Pläne und Ziele aus der „Deutungs-Sprache“

Die Schwierigkeiten, denen man im therapeutischen Prozessverlauf begegnet, sind die Abwehr und der Widerstand der Patienten. Der Betroffene hat Angst. Das wird durch die Mechanismen der Abwehr verursacht, die wiederum den therapeutischen Zielen kontraproduktiv zuwiderlaufen. Hierbei spielen das Urvertrauen und die Ur Liebe eine große Rolle. Wenn diese aus biografischen Gründen aufgrund eines frühen Ödipal-Komplexes verletzt worden sind, manifestiert sich ein Musterverhalten. Daraufhin tauchen in Stresssituationen persönliche Lebenskonflikte wieder auf. Der Betroffene regrediert. Das bedeutet, dass der Patient wieder in die kindliche Erlebenswelt zurückfällt und die Realitätsprüfung dadurch eingeschränkt wird. Hier ist der Bedarf der Rekonstruierung aus der Biografie des Patienten in Zusammenhang mit dem intrapsychischen Zustand notwendig. Daraus wird die Psycho-Dynamik sichtbar.

Durch die verbalen Deutungen, die aus hypothetisch-freien Assoziationen des Patienten entstanden sind, 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 komplette Deutung (ebd.).

Psychoanalytischen Klärung

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

- Die Äußerungen aus der Realität des Patienten
- Die Übertragungsphänomene
- Die Geschichte des Patienten oder der jetzigen Abwehr (ebd.).

Konfrontationstherapie

In der Konfrontationstherapie besteht eine Konfrontation aus zwei Schritten: Der erste Schritt ist die Konfrontation während des Deutungsprozesses. Danach kommt es zur Klärung.

Das Ziel ist die Bewusstmachung unbewusst vorhandener Konflikte.

Im zweiten Schritt konfrontiert man die Patienten im Deutungsprozess mit ihren getrennten vorbewussten und bewussten Inhalten, um ihnen diese Inhalte als Hilfe und Hinweise auf Einzelheiten klar zu machen. Sie wird auf die eigene „Maske der Phantasien“ und die daraus entstehende Abspaltung von der Realität aufmerksam gemacht. Die ambivalenten und sich widersprechenden Einstellungen und Handlungen werden aufgezeigt und das Einheitsbewusstsein der Realität vor Augen geführt. Wenn Patienten sowohl die Konfrontation als auch die Klärung vonseiten des Therapeuten zurückweisen, kann der Therapeut sie darauf hinweisen, um ihnen diese Abwehr bewusst zu machen (ebd.).

Die erweiterte Therapeutische Deutung

Der Deutung liegen Konfrontation und Klärungsansätze, mit dem Ziel das Unbewusste und das Bewusste gemeinsam bewusst zu machen, zugrunde. 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 infantile (kindlichen) Verhaltensmuster lagern. Diese manifestieren sich in verschiedenen Situationen als Syndrom bzw. Symptom und haben Übertragungen zur Folge, die aus diesem Depot unbewusst nach außen getragen werden (ebd.).

Übertragungsphänomene

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

Die Übertragungen sind unbewusste Inhalte früherer internalisierter Objektbeziehungen (im „Dort und Damals“), die sich im Hier und Jetzt wiederholen. Sie werden von den Patienten oft als „realistische“ Reaktionen wahrgenommen. Damit werden Aspekte beim Therapeuten rationalisiert. Die Übertragungen auf den Therapeuten sind unangemessene oder auf die verzerrte Wahrnehmung der Realität beruhende Reaktionen des Patienten (ebd.).

Primitive und reife Übertragungen

Die primitiven Übertragungen werden mit absoluten und extremen Verzerrungen beim Patienten schnell mobilisiert. Im Vordergrund handelt es sich um einen Mangel des Patienten an stabilem Selbstgefühl. Er täuscht sich, weil es sich um etwas völlig anderes handelt als er denkt und agiert nicht im „Hier und Jetzt“. Die Ursachen liegen in früheren verdrängten

Objektbeziehungen bzw. 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 auch oft bedrohlich, da es nicht möglich ist, sich darin einzufühlen. Die Bedrohung besteht darin, dass die Patienten möglicherweise die Therapie unterbrechen könnte. Wenn der Patient unbewusste Schwierigkeiten hat, reagiert er mit Abwehr. Er trägt eine Maske und sieht sie als seine (subjektive) Wahrheit. Dies kann man als ein infantil-destruktives Verhaltensmuster sehen, 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.).

Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Man kann die Borderline-Störung entweder mit verhaltenswissenschaftlichen oder auch mit psychoanalytischen Methoden behandeln. Beide Therapieansätze haben das Ziel, eine stabile therapeutische Beziehung aufzubauen, das psychotherapeutische Setting zu strukturieren und dort Grenzen zu setzen, wo es sonst zu destruktivem Verhalten sich selbst oder anderen gegenüber kommen könnte. Außerdem ist es legitim, jede Borderline Behandlung auch mit Psychopharmaka zu kombinieren (ebd.).

Bei der schulspezifischen Ausrichtung ist zu erwähnen, dass sich einerseits die behavioralen Therapien mit strengen Denkmustern, Verhaltensweisen und Emotionen beschäftigen, während andererseits die psychodynamische Heilmethode eher den unbewussten Konflikten und innerpsychischen Strukturen die Aufmerksamkeit schenkt. Diese Strukturen bestehen aus unbewussten ungelösten Konflikten, dessen Existenz sich das ICH nur durch die Symptome bewusstwerden kann. Diese Symptome entziehen sich aber seiner Steuerung.

Mit der Inszenierung der inneren Konflikte während der Behandlung, macht der Psychotherapeut oder der Psychoanalytiker dem Patienten diese Konflikte bewusst und

ergründet deren Ursachen. Die diesbezüglichen Ansätze von Böker und Fonagys bestätigen die hohe Bedeutung und Anwendung der psychodynamischen Therapie. Daneben gibt es auch die dialektisch-behaviorale Therapie von Marsha Linehan (1993/1996), die mit besonderem Erfolg gekrönt ist. Seitdem alle drei erwähnten Therapieformen als störungsspezifisches Manual vorliegen, hat sich die psychoanalytische Methode weiterentwickelt und kann daher heute bei einer Vielzahl an Borderline-Patienten angewendet werden (ebd.).

Ein wichtiger Aspekt während des therapeutischen Prozessverlaufs ist, dass die Patienten mit destruktiv-infantilen Verhaltensmustern versuchen, den Therapeuten zu kontrollieren oder die Bemühungen um einen therapeutischen Erfolg zu zerstören. Während der Therapeut versucht, eine gemeinsame therapeutische Beziehung für die Zusammenarbeit mit dem Borderline-Typ Patienten zu finden, konzentrieren sich die Patienten auf ihre Vorurteile dem Therapeuten gegenüber und sind damit beschäftigt, vorgefasste Meinungen auf ihn zu projizieren, die jedoch von der Realität abweichen (ebd.).

Schwarz-Weiß-Denken

Der Therapeut wird von den Patienten als absolut gut oder absolut böse erlebt und somit von ihnen entweder idealisiert oder entwertet. Kernberg bezeichnet dieses Phänomen als „Schwarz-Weiß-Denken“, entweder Engel oder Teufel. Dies geschieht aufgrund verdrängter Objektbeziehungen, in der nun der Therapeut als Fremdojektrepräsentant fungiert. Beim therapeutischen Prozess gibt es einen wichtigen Aspekt bei der Übertragung und Gegenübertragung: Affekte sind Übertragungen außerhalb der Realität durch Inhalte früherer Traumata, die verdrängt wurden. Diese Formen der Übertragung wiederholen sich während des Therapieprozesses immer wieder. Wenn die Patienten sich in Themen verzetteln und ihre Aussagen nicht mit ihrem Verhalten übereinstimmen, zählt nicht die Erzählung, sondern ihr Verhalten. Diese Übertragung ist ein wichtiges Kriterium für die psychische Dynamik (ebd.).

Weswegen die Therapie vom Patienten abgebrochen wird

Nach Andrawis A, (2018) gibt es viele Gründe, therapeutische Behandlungen seitens der Patienten abubrechen:

1. Eine Übertragung erscheint bei den Patienten als eine Verschiebung von Liebes- und Hassgefühlen aus frühkindlichen Verdrängungen der ursprünglichen Objekte. Diese werden von den Patienten auf den Therapeuten übertragen. Er fungiert dabei als Fremdobjektrepräsentanz und ist somit der Sündenbock für allen Schmerz, den die Betroffenen empfinden und mit dem sie konfrontiert werden.
2. Die narzisstischen Anteile bei den Borderline-Patienten führen durch die konstante Beziehung zum Therapeuten zu einem Gefühl von Eifersucht, Neid und Konkurrenz. Diese narzisstischen Anteile empfinden sie als Angriff auf die persönliche Selbstachtung und Wahrnehmung. Sie betrachten den Erfolg des Therapeuten als ihre eigene Niederlage. Dies kann ein großes Problem darstellen, da sich die Patienten dabei noch minderwertiger und weniger intelligent als zuvor fühlen, mitunter auf andere Therapieteilnehmer eifersüchtig sind und glauben, fehl am Platz zu sein. Diese Anteile können als eine Bedrohung des therapeutischen Prozesses gesehen werden.
3. Die Patienten verlieren sich in einer Fantasie, die sie glauben lässt, alles um sie sei ungesund. Daraus schließen sie, vor der Therapie flüchten zu müssen. Des Weiteren fürchten sie, vom Therapeuten abhängig zu werden. Das wollen sie ebenso unterbinden. Auch weckt das Wissen über die Sorge des Therapeuten, der Patient könnte die Therapie abbrechen, Aufmerksamkeit von Seiten des Patienten, wodurch noch mehr Druck ausgeübt wird.
4. Sobald die Betroffenen eine erste Besserung spüren, kann es dazu kommen, dass die Therapie als Aufarbeitung von psychischem Leid frühzeitig abgebrochen wird, obwohl der Heilungsprozess noch nicht vollständig abgeschlossen ist.
5. Die Patienten empfinden durch die Intensität der Intervalle eine Bedrohung, zu scheitern oder zu versagen.
6. Die Patienten verlassen die Sitzung, um nicht selbst verlassen zu werden.
7. Eine defizitäre Wahrnehmung der Patienten, die sie aus Scham glauben lässt, der Therapeut oder andere Menschen hegen sexuelle Wünsche gegenüber ihnen, die als sadistisch betrachtet werden, kann einen Grund für einen Therapieabbruch darstellen.
8. Auch die Einflussnahme von Angehörigen bzw. Familienmitgliedern der Patienten kann auf den Verlauf der Therapien insofern Einfluss nehmen, als dass diese deren Abbruch herbeiführen

wollen, damit lang bestehende Muster oder Verhaltensweisen des Patienten weiterhin aufrecht erhalten bleiben und der psychologische Gleichgewichtszustand innerhalb der Familie nicht gestört wird.

9. Sofern 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 idealisiert 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 gehen quasi aus Rücksicht von der Therapie fort, damit sie ihn endlich entlasten können.

Kernberg empfiehlt in diesen Fällen, diese rechtzeitig zu erkennen und ein klärendes Gespräch mit dem Patienten zu führen (ebd.).

Zurückhalten von Informationen und das Pathologische Lüge

Während der wichtigsten Interventionen empfinden die Patienten im Falle einer Fortsetzung der Therapie eine Bedrohung ihres Lebens sowie des Lebens anderer Menschen. Der Griff zu Täuschungsmanövern und andere 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 alle Beziehungen für sie ausnützend sind.

Eine paranoide Übertragung kann zu notorischer Unehrllichkeit, Beeinflussung und Täuschung führen. Neurotische Übertragungsphänomene sind die Ursache hierfür. Patienten können auch glauben, ihr Therapeut sei feindselig, aggressiv und primitiv, weil der Erfolg oder das Scheitern der Therapien von der Offenheit der Kommunikation abhängt. Deshalb 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 Andrawis (2018) bereits beschrieben hat, wird die Entstehung von psychischen Störungen durch frühkindliche Traumata sowie genetische Faktoren in Verbindung mit einem instabilen 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 von verschiedenen

Persönlichkeitsstörungen, wie z.B. narzisstische, schizoide und paranoide sowie Borderline Persönlichkeitsstörung und Psychosen.

Solche Entwicklungen sind leider nicht verwunderlich, allerdings umso mehr beschämend. Die Entstehung von Abhängigkeit und Bindung und die Entwicklung von frühen Ängsten, Urvertrauen und das Sicherheitserleben haben nachhaltige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Erwachsenen und somit auf die ganze Gesellschaft.

Die Abhängigkeit eines Kindes entsteht direkt nach der Geburt unter Berücksichtigung seines sozialen Umfeldes. Aus physiologischer Sicht beginnen Angstzustände des Kindes, wenn sich die Mutter von ihm entfernt und/oder wenn ihm Fremde begegnen. Zentral in der Überwindung aller Konflikte ist das Wiedererlangen von Ur Liebe und Urvertrauen. Diese sind immer aus Missachtung des infantilen Sicherheitsgefühls und einem Bedürfnis nach Nähe nicht erfüllt worden (ebd.).

Literaturverzeichnis

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

Andrawis A, (2018): 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, Wydawnictwo, 2.überarbeitete Auflage, Poligraf sp. z o.o. ISBN: 978-3-9504659-0-4. Poligraf Verlag.

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

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, Wydawnictwo Poligraf sp. z o.o., ISBN: 978-3-9504659-2-1, Poligraf Verlag.

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

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

Bibliographie

- Bürgin D, Resch F, Schulte-Markwort M (2009): Operationalisierte Psychodynamische

Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, 2., überarbeitete Aufl.

Hans Huber Verlag.

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

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

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

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

- Möller HJ, Laux G, Deister A, (2014): Psychiatrie und Psychotherapie, 5. Auflage, Thieme Verlag.

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

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

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

Andrawis A, 2018