

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/235336713>

Borderline personality disorder and borderline personality organization: Psychopathology and psychotherapy

Chapter · January 2011

CITATIONS

52

READS

1,866

2 authors, including:



[Kenneth Levy](#)

Pennsylvania State University

219 PUBLICATIONS 10,486 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Attachment Meta-Analyses [View project](#)



Tend and Befriend & Attachment [View project](#)

MyBib eL

order date: 2016-04-12 00:00:00

BSB Bayerische
Staatsbibliothek
Bavarian State Library
GEBAY

COPY

165943957



Interlibrary Loan Dept.
Penn State University Libraries
127 Paterno Library, Curtin Rd.
16802 University Park
Pennsylvania

USA

Patron:

Ship Via: MyBib eL

Maximum-Cost: 80.00 - IFM

Call Number: Hbl/789.40

Title: Handbuch der Borderline-Sto rungen /

ISBN: 9783794524723

OCLC: 715812081

Article Author:

Article Title: Kernberg, O. F. & Levy, K. N.: Borderline personality disorder and borderline personality organization

Date: 2011

Volume:

Issue:

Pages: 286-300

Verified: <TN:2026289><ODYSSEY:206.107.44.87/UPM> OCLC

Notes: SHARES Member / Please conditional before sending Library Use Only items.

Copyright Law:

Please observe the German copyright law, in particular §53 UrhG. Use of this material is permitted only for private use or other personal use. The delivered documents must not be further disseminated, neither commercially nor non-commercially, neither in the form of paper copies nor in the form of electronic copies by the patron.

28 Borderline-Persönlichkeitsstörung und Borderline-Persönlichkeitsorganisation – Psychopathologie und Diagnose

Otto F. Kernberg, Kenneth N. Levy¹

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| Temperament, Charakter und die Struktur der normalen Persönlichkeit | 286 | Die Borderline- und Schizoiden Persönlichkeitsstörungen | 295 |
| Die motivationalen Aspekte der Persönlichkeitsorganisation: Affekte und Triebe | 289 | Pathologie der Aggression und Persönlichkeitsstörungen | 296 |
| Ein psychoanalytisches Modell der Nosologie | 291 | Affektregulation und Persönlichkeitsstörungen | 296 |
| Psychotische Persönlichkeitsorganisation | 292 | Pathologische Identitätsbildung und Persönlichkeitsstörungen | 297 |
| Borderline-Persönlichkeitsorganisation | 292 | Die höher entwickelten oder neurotischen Persönlichkeitsstörungen | 297 |
| Neurotische Persönlichkeitsorganisation | 293 | Die Bedeutung dieses Klassifizierungssystems | 298 |
| Ätiologie und Psychopathologie | 293 | Relevante Forschung | 298 |
| Entwicklung, Struktur und Motivation im Kontinuum | 295 | Fazit | 300 |

Temperament, Charakter und die Struktur der normalen Persönlichkeit

Zunächst eine Vorbemerkung: »Temperament« und »Charakter« betrachten wir als wichtige Dimensionen der Persönlichkeit. Temperament bezieht sich auf die angeborene, größtenteils genetische Veranlagung für bestimmte Reaktionen auf Umweltreize, insbesondere für die Intensität, den Rhythmus und die Schwelle affektiver Reaktionen. Letztere determinieren vor allem in Zuständen höchster Erregung die Persönlichkeitsorganisation ganz wesentlich. Angeborene Aktivierungsschwellen positiver, angenehmer, befriedigender wie auch negativer, schmerzhafter, aggressiver Affekte repräsentieren unserer Ansicht nach die wichtigste Brücke zwischen biologischen und psychischen Persönlichkeitsmerkmalen (Kernberg 1994a). Des Weiteren beinhaltet Temperament die Veranlagung für die kognitive Organisation und das motorische Verhalten, wie zum Beispiel

die hormonalen – insbesondere Testosteron-abhängigen – Unterschiede bezüglich der kognitiven Funktionen und Aspekte der Geschlechtsrollenidentität, welche die unterschiedlichen männlichen und weiblichen Verhaltensweisen ausmachen. Hinsichtlich der Ätiologie der Persönlichkeitsstörungen sind die affektiven Aspekte des Temperaments sogar von fundamentaler Bedeutung.

Cloninger, Svrakic und Przybeck (1993) haben einen Bezug zwischen bestimmten neurochemischen Systemen und temperamentsabhängigen Neigungen wie »Neuerverhalten«, »Schadensvermeidung«, »Belohnungsabhängigkeit« und »Hartnäckigkeit« hergestellt. Allerdings stellen wir Cloningers direkte Übersetzung derartiger Dispositionen in spezifische Typen von Persönlichkeitsstörungen des DSM-IV-Systems infrage. Gemäß dem integrierten neurobehavioralen Modell von Depue und Lenzenweger (2001; 2005) komme die Borderline-Persönlichkeitsstörung vor allem bei Menschen vor, deren Quote positiver Affekte im Vergleich zu negativen Affekten (PA:NA) größer, der Grad der Beherrschung aber niedriger ist. Bei diesem Modell sind Impulsivität und affektive Instabilität mit einem schwankenden Serotonin- und Noradrenalinhaushalt verbunden. Posner und Kollegen

¹ Übersetzung aus dem Englischen: Claudia Campisi, Stuttgart.

schließlich haben herausgestellt, welche Bedeutung das Versagen der Aufmerksamkeitsprozesse (besonders der »effortful control«, d. h. der Fähigkeit, Aufmerksamkeit und Verhalten aktiv zu initiieren, zu modulieren und zu hemmen) für die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hat (Clarkin u. Posner 2005; Posner, Rothbart et al. 2002b; Posner, Rothbart et al. 2003).

Borderline-Patienten zeigen die bekannte Anhäufung von Störungen aus dem Impulsspektrum (Substanzmissbrauch, Antisoziale sowie Borderline-Persönlichkeitsstörung; Distel, Trull et al. 2008; White, Gunderson et al. 2003), wobei die Wahrscheinlichkeit einer an einer Borderline-Störung erkrankten erstgradigen Verwandtschaft bei Borderline-Patienten fünfmal so häufig ist (Distel, Trull et al. 2008). Obwohl es nur wenige Untersuchungen zur Erbllichkeit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt (Torgersen, Lygren et al. 2000; Torgersen, Skre al. 1993), besteht Grund zur Annahme, dass die Erbllichkeit der Persönlichkeitsstörungen in ein Kontinuum fällt, das von der stark genetisch bedingten Schizotypischen Persönlichkeitsstörung über die umwelt- und genetisch bedingte Antisoziale Persönlichkeitsstörung bis zu den nach bisheriger Einschätzung kaum erblich bedingten Borderline- und Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen reicht (s. Kap. 7). Es gibt Untersuchungen zu Borderline-relevanten Persönlichkeitsfacetten wie Neurotizismus, Zurückweisung, Impulsivität und affektive Instabilität, die einen niedrigeren Erbllichkeitsgrad aufweisen. Allerdings hat eine neuere Zwillingstudie gezeigt, dass bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung 42 % der Varianz genetisch bedingt sind (Distel, Trull et al. 2008; Jang, Livesley et al. 1996).

Die andere Hauptkomponente der Persönlichkeit ist der Charakter. Charakter bezieht sich auf die etablierte individuelle dynamische Organisation von Verhaltensmustern, deren Ausmaß und Stufe sich im Großen und Ganzen darin widerspiegeln. Obwohl in der Psychologie zwischen Charakter und Persönlichkeit unterschieden wird, betreffen klinisch relevante Begriffe wie Charakterpathologie, Charakterneurose und neurotischer Charakter Erkrankungen, die in früheren DSM-Editionen auch Störungen der Persönlichkeitsmerkmale oder Persönlichkeitsmuster bzw. in DSM-III und DSM-IV die Persönlichkeitsstörungen bezeichnen. Kernberg bezieht den Begriff Charakter vom psychoanalytischen Blickwinkel her auf die Verhaltensweisen der Ich-Identität, während die subjektiven Aspekte der Ich-Identität, d. h. die Integration der Selbst- und Fremdbilder, als entsprechende intrapsychische Strukturen die dynamische Charakterorganisation bestimmen. Der Charakter umfasst außerdem alle Verhaltensaspekte der in der Psychoanalyse so genannten Ich-Funktion und Ich-Struktur, wie Impulskontrolle, Angsttoleranz, Muster der Informationsorganisation und Kommunikationsstil.

Aus psychoanalytischer Perspektive betrachtet wird die Persönlichkeit also nicht nur von Temperament und Charakter bestimmt, sondern außerdem von einer weiteren intrapsychischen Struktur, nämlich dem Über-Ich. Die Integration eines Wertesystems, das die moralischen und ethischen Dimensionen der Persönlichkeit konstituiert – in der Psychoanalyse sind dies die verschiedenen Schichten des Über-Ich –, ist eine wichtige Komponente der gesamten Persönlichkeit. Folglich bedeutet Persönlichkeit die dynamische Integration aller sich aus Temperament, Charakter und internalisierten Wertesystemen zusammensetzenden Verhaltensmuster (Kernberg 1976; 1980a). Hinzu kommt noch das dynamische Unbewusste bzw. das Es: das dominante und potenziell konfliktgeladene, motivationale Persönlichkeitssystem. Im Ausmaß der sublimatorischen Integration unbewusster Impulse des Es mit den Funktionen des Ich und Über-Ich zeigt sich das normal adaptive Persönlichkeitspotenzial. Die letzte Persönlichkeitskomponente besteht aus dem kognitiven Potenzial eines Individuums, dem Intellekt: einer komplexen Struktur, die genetisch und bis zu einem bestimmten Grad auch durch frühe Umwelteinflüsse bedingt ist.

Kernbergs psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen bezieht ferner wichtige Beiträge anderer Psychoanalytiker ein, wie die von Akhtar (1989; 1992), Krause (1988; Krause u. Lutolf 1988), Stone (1980; 1990; 1993a) und Volkan (1976; 1987). Hier steht an erster Stelle die normale Persönlichkeit, die sich durch ein integriertes Konzept des Selbst und der wichtigen Bezugspersonen auszeichnet. Diese Strukturen der Ich-Identität (Erikson 1956b; Jacobson 1964) spiegeln sich in dem inneren Gefühl und der äußeren Erscheinung von Selbstkohärenz, welche fundamentale Vorbedingungen für ein normales Selbstbewusstsein, Daseinsfreude und Lebenslust sind. Ein integriertes Selbstgefühl garantiert das Vermögen zur Verwirklichung eigener Wünsche und Kapazitäten sowie die langfristige Fähigkeit, andere Menschen angemessen einzuschätzen, zu Empathie und emotionaler Besetzung, was insgesamt von einer reifen Abhängigkeit bei gleichzeitiger konsistenter Autonomie zeugt.

Ein zweites Strukturmerkmal der normalen Persönlichkeit als wesentlicher Ausdruck und Ergebnis der Ich-Identität besteht in der Ich-Stärke, die sich besonders in einem breiten Spektrum affektiver Dispositionen sowie in der Fähigkeit zur Affekt- und Impulskontrolle und zur Sublimierung in Arbeit und Wertvorstellung kennzeichnet (was auch vor allem durch die Integration des Über-Ich gefördert wird). Konsistenz, Persistenz und Kreativität in der Arbeit wie auch in zwischenmenschlichen Beziehungen gehen ebenfalls auf eine normale Ich-Identität zurück. Des Weiteren spielen Über-Ich-Funktionen eine Rolle bei der Fähigkeit zu wechselseitigem Vertrauen und Verbindlichkeit (Kernberg 1975).

Ein dritter Aspekt der normalen Persönlichkeit ist ein integriertes und reifes Über-Ich, das die Internalisierung eines stabilen, depersonifizierten, abstrakten und individuellen Wertesystems repräsentiert, welches nicht übermäßig von unbewussten infantilen Verboten abhängt. Solch eine Über-Ich-Struktur zeigt sich in persönlicher Verantwortung, der Fähigkeit zu realistischer Selbstkritik, Integrität wie auch Flexibilität im Umgang mit ethischen Aspekten bei der Entscheidungsfindung sowie einer Verpflichtung gegenüber Regeln, Werten und Idealen. Auch dies trägt zu den bereits erwähnten Über-Ich-Funktionen von Wechselseitigkeit, Vertrauen und emotionaler Tiefe bei.

Ein viertes Merkmal der normalen Persönlichkeit ist die angemessene und zufriedenstellende Kontrolle libidinöser und aggressiver Impulse. Dabei geht es auch um die Fähigkeit, sinnliche und sexuelle Bedürfnisse zu äußern, was einhergeht mit Zärtlichkeit, emotionaler Hingabe und einem normalen Grad der Idealisierung des geliebten Anderen sowie der Beziehung zu diesem Menschen. Hier muss die Freiheit des sexuellen Ausdrucks ganz klar mit der Ich-Identität und dem Ich-Ideal integriert sein. In Bezug auf Aggression gehören die Fähigkeit zur Sublimierung in Form von Selbstbehauptung, mit der man Angriffe ohne übermäßige Reaktion übersteht, sowie die Fähigkeit zum Selbstschutz und zur Vermeidung von eigenaggressivem Verhalten zu einer normalen Persönlichkeitsstruktur. Auch hier tragen Ich- und Über-Ich-Funktionen zum Gleichgewicht bei.

Diesen Aspekten einer normalen Persönlichkeit liegen signifikante strukturelle und dynamische Vorbedingungen zugrunde, zusammengefasst in einer Reihe von Skalen psychologischer Fähigkeiten von Wallerstein (DeWitt, Hartley et al. 1991; Huber, Henrich u. Klug 2005; Sundin 2004; Sundin, Armelius u. Nilsson 1994). Es handelt sich hierbei um einen Entwicklungsprozess, der von der frühesten Internalisierung von Interaktionen mit wichtigen Bezugspersonen – d. h. die Internalisierung von Objektbeziehungen – zu zwei wichtigen, aufeinander aufbauenden Schritten führt, durch die sich die internalisierten Objektbeziehungen in eine normale Ich-Identität verwandeln, wie sie Kernberg beschrieben hat. Während die Ich-Identität also den Kern der gesamten Ich-Struktur bildet, sammeln sich gemäß Kernbergs Definition im Es alle unterdrückten, dissoziierten und projizierten internalisierten Objektbeziehungen, die in bewussten, unakzeptablen erhöhten sexuellen und aggressiven Affektzuständen entstehen. Libidinöse und aggressive Triebe sind in der Hierarchie übergeordnete motivationale Systeme, welche die Integration der jeweiligen positiven bzw. befriedigenden oder negativen bzw. aversiven Zustände affektiver Höhepunkte darstellen (Kernberg 1992a; 1994a).

In der ersten Phase werden die Erfahrungen mit der menschlichen und nicht menschlichen Umwelt integriert, besonders aber diejenigen Erfahrungen, die auf den wäh-

rend der Interaktion mit den Eltern aktivierten negativen wie auch positiven Affekten aufbauen. Während die normale Wahrnehmung und Verarbeitung von Erfahrungen unter niedriger Affektaktivierung direkte Gedächtnisspuren hinterlässt, werden positive oder negative Erfahrungen in Zuständen affektiver Höhepunkte separat als affektives Gedächtnis gebildet, das die Repräsentanzen des Selbst, der Anderen und den damit verbundenen dominanten Affekt enthält. Diese Internalisierungen, die »inneren Arbeitsmodelle« der Bindungstheorie (s. Kap. 16), sind die motivationalen Grundstrukturen der Psyche. Von bestimmten affektiven Höhepunkten gefärbte positive und negative Dyaden aus Selbst- und Objektrepräsentanz bestimmen dann die Konsolidierung eines »nur guten« idealen Erfahrungssegmentes, dem Kern des Selbstsystems, und eines »nur schlechten« verfolgenden Affektsystems. Das »Verfolgende« entsteht durch die von frühen projektiven Mechanismen hervorgerufene Externalisierung nur schlechter, furchterregender Erfahrungen. Diese frühe »Spaltung« der Psyche in ideale und verfolgende Segmente geschieht zunächst auf den unabhängigen Wegen der jeweiligen Affekte, wird aber von primitiven psychischen Mechanismen wie Spaltung und projektive Identifizierung aufrechterhalten.

Normale Bindungserfahrungen entstehen, wenn die Bezugsperson fähig ist, die affektive Erfahrung des Kleinkindes zu »mentalisieren«, d. h. dessen kognitive Einstellung und affektive Toleranz durch angemessene Übereinstimmung (also Empathie) sowie durch Affektmarkierung (also die Differenzierung beider Erfahrungen) zu fördern (Fonagy 2001; Fonagy, Gergely et al. 2002; s. Kap. 52). Solche Erfahrungen führen zu einer normalen Bindung. Wenn die Pflegeperson es hingegen nicht schafft, sich aufmerksam, sensibel und beständig um das Kind zu kümmern, oder wenn in diesem negative Affekte übermäßig aktiviert werden, kommt es zu einer unsicheren Bindung sowie zu einer übertriebenen und desorganisierenden Ausweitung des negativen Affektes, was den Spaltungsmechanismus fördert, verstärkt und festigt. Dies ist ein hervorstechendes ätiologisches Merkmal einer fehlenden Integration der Ich-Identität, dem Syndrom der für schwere Persönlichkeitsstörungen und besonders für Borderline-Patienten charakteristischen Identitätsdiffusion (Levy 2005).

In einer zweiten Entwicklungsphase werden unter normalen Bedingungen nur gute und nur schlechte Selbstrepräsentanzen in ein Selbstkonzept integriert, welches das Selbst realistisch sieht und dessen von Liebes- wie Hassimpulsen durchdrungenes Potenzial toleriert. Parallel werden auch die Objektrepräsentanzen in die kombinierten nur guten/nur schlechten Repräsentanzen der wichtigen Bezugspersonen im Leben des Kindes, meistens der Eltern, aber auch der Geschwister, integriert. Im Gegensatz zur Spaltung in idealisierte und verfolgende Objektbeziehungen bestimmt dieser Entwicklungsprozess dann die Fähigkeit zu inte-

grierten, ambivalenten Beziehungen zu anderen Menschen. Damit ist die frühere, von abgespaltenen Teilobjektbeziehungen dominierte Trennungsphase beendet und die Stufe der Objekt Konstanz bzw. der vollständig internalisierten Objektbeziehungen erreicht. Die normale Ich-Identität konstituiert den Kern des integrierten Ich, das nun von hemmenden Barrieren von Es und Über-Ich markiert wird.

Dem psychoanalytischen Modell zufolge bildet sich die psychische Struktur in einer Reihe von Entwicklungsphasen. In der ersten Phase entstehen realistische Objektbeziehungen parallel zur niedrigen Affektaktivierung sowie Teilobjektbeziehungen in Zuständen hochgradiger Affektaktivierung. Nach einem allmählichen Übergang wird die Phase der Objekt Konstanz erreicht, in der sich realistischere Konzepte des Selbst und bedeutsamer Anderer im Kontext der Ich-Identität konsolidieren und gleichzeitig die extremeren Manifestationen sexueller und aggressiver Impulse, die aufgrund der Integration des normalen Über-Ich nun nicht mehr toleriert werden können, aus dem Bewusstsein verdrängen.

Nach diesem strukturellen Entwicklungsmodell besteht das Über-Ich aus aufeinanderfolgenden Schichten des internalisierten Selbst und anderen Repräsentanzen (Jacobson 1964; Kernberg 1984). Eine erste Schicht der nur schlechten, »verfolgenden« internalisierten Objektbeziehungen spiegelt ein anspruchsvolles und einschränkendes primitives Moralsystem, welches das Kind erfährt, wenn sein Ausdruck aggressiver, anhänglicher und sexueller Impulse auf Ansprüche und Verbote stößt. Eine zweite Schicht aus Über-Ich-Vorläufern – bestehend aus idealen Selbst- und Objektrepräsentanzen – spiegelt die frühen Kindheitsideale wider, die, wenn das Kind diesen entspricht, ein Versprechen auf Liebe und Anhänglichkeit bieten. Durch die gegenseitige Abschwächung des ersten, verfolgenden Grades der Über-Ich-Funktionen und die damit einhergehende Abnahme der Rückprojizierung dieser Über-Ich-Vorläufer entsteht dann die Fähigkeit zur Internalisierung der realistischeren, abgeschwächten Phase der Objekt Konstanz. Man kann also sagen, dass der integrative Prozess des Ich die Parallelentwicklung des Über-Ich fördert. Umgekehrt befähigt ein integriertes Über-Ich, wie wir gesehen haben, auch zum Eingehen von Beziehungen und zu Autonomie: Ein internalisiertes Wertesystem vermindert die Abhängigkeit von äußerer Bestätigung oder Verhaltenskontrolle und fördert gleichzeitig eine tiefere Beziehung zu anderen Menschen. Kurz, Autonomie-Ansprüche und -Verbote durch die wichtigen Bezugspersonen bilden die dritte Schicht des Über-Ich und gehen Hand in Hand mit der entsprechenden Unabhängigkeit und Fähigkeit zu reifer Abhängigkeit.

Nach dieser Zusammenfassung von Kernbergs Entwicklungsmodell des psychischen Apparates, das seine Strukturen Es, Ich und Über-Ich in aufeinander aufbauenden Phasen der Internalisierung, Differenzierung und Integration

von Objektbeziehungen bildet, wenden wir uns nun dem dynamischen Aspekt dieser Entwicklung zu, ihren zugrundeliegenden motivationalen Faktoren, mit anderen Worten: einer Objektbeziehungstheorie der Triebe.

Die motivationalen Aspekte der Persönlichkeitsorganisation: Affekte und Triebe

Kernberg betrachtet Libido und Aggression als hierarchisch übergeordnete Integration der entsprechenden lustvollen und befriedigenden sowie der schmerzvollen und unangenehmen Affektzustände (Kernberg 1992a; 1994a). Affekte sind instinktive Verhaltenskomponenten, d. h. die allen Menschen gemeinen Veranlagungen. Diese bilden sich in den frühen Entwicklungsstadien und gehen im Zuge ihrer Aktivierung während der Objektbeziehungen allmählich in Triebe über. Befriedigende, angenehme, lustvolle Affekte werden als allumfassender libidinöser Trieb integriert und frustrierende, unangenehme und schmerzvolle Affekte als aggressiver Trieb. Angenehme wie unangenehme Affekte, angeborene, genetisch und konstitutionell bedingte Reaktionsmodelle werden zunächst von körperlichen Erfahrungen und dann allmählich im Kontext der Entwicklung von Objektbeziehungen hervorgerufen.

Zentraler Affekt des aggressiven Triebs ist die Wut. Ihr entspringen unserer Ansicht nach Hass und Neid – die dominanten Affekte schwerer Persönlichkeitsstörungen – sowie normale Emotionen wie Ärger und Reizbarkeit. Zentraler Affekt des libidinösen Triebs ist die sexuelle Erregung, die sich langsam und allmählich aus dem primitiven Affekt der freudigen Erregung und der frühen sinnlichen Erfahrung von Körperkontakt herauskristallisiert. Die Entwicklung der Libido verläuft parallel zur Entwicklung der Aggression. Testosteron und die Neuropeptide Oxytocin und Vasopressin sind bei der Neurobiologie sinnlicher Affekte und Sexualität maßgeblich, die Neurotransmitter Noradrenalin, Dopamin und Serotonin hingegeben bei der Aktivierung aggressiver Affekte. Die Affektaktivierung ist eine Zentralfunktion des limbischen Systems, die kognitive Kontextualisierung der Affekte sowie der Affektkontrolle ist hauptsächlich eine Funktion des präfrontalen und präorbitalen Kortex sowie des vorderen Cingulum (Panksepp 1998; s. Kap. 12).

Krause (1988) schlägt vor, dass Affekte ein phylogenetisch neuartiges biologisches System darstellen, das sich in Säugetieren herausbildete, damit das Tierkind seinen Eltern in einem Notfall seine Bedürfnisse signalisieren kann (s. Kap. 26). Dies trifft sich mit der Fähigkeit der Eltern, die affektiven Signale des Nachwuchses zu verstehen und da-

mit die frühe Entwicklung des unselbstständigen Säugetierbabys zu schützen. Das instinktive und immer komplexer werdende System bestimmt zunehmend das Sozialverhalten höherer Säugetiere, insbesondere das von Primaten. Etwas später (Panksepp 1998) wurden auch die grundlegenden neurobiologischen Systeme der Affektdisposition und -aktivierung definiert, darunter das Bindungssystem, das Zugehörigkeitssystem, das aggressive System, des Weiteren das Furcht-, Panik-, Spiel- und Alarmsystem. Das Bindungs- und das Zugehörigkeitssystem sind an der Aktivierung positiver Affekte beteiligt, die später in den übergeordneten libidinösen Trieb integriert werden. Parallel dazu werden auch die negativen Affekte in den entsprechenden übergeordneten Trieb der Aggression integriert.

Die affektgesteuerte Entwicklung von Objektbeziehungen (echte und phantasierte zwischenmenschliche Beziehungen, welche die komplexe Welt der Selbst- und Objektrepräsentanzen im Kontext affektiver Interaktionen ausmachen) bestimmt die Entwicklung des Unbewussten und die Struktur des psychischen Apparates. Kurzum: Affekte sind die Bausteine der Triebe und Signale der Triebaktivierung im Kontext der Aktivierung einer bestimmten internalisierten Objektbeziehung. Sie kommen meist auch in Übertragungsentwicklungen während einer Psychoanalyse oder einer psychoanalytischen Psychotherapie zum Ausdruck. Die Bindungstheorie – die Entwicklungstheorie sicherer bzw. unsicherer Bindungen – hat, wie zuvor erwähnt, einen wichtigen Beitrag geleistet, indem sie eine Erklärung lieferte für die Beziehung zwischen frühen Objektbeziehungen und der Fähigkeit, die idealisierten und verfolgenden Segmente bzw. die frühen motivationalen Strukturen, die Affektsysteme, in die Ich-Identität zu integrieren, sowie der korrespondierenden Unfähigkeit, der Identitätsdiffusion.

Im Gegensatz zu anderen aktuellen psychoanalytischen Objektbeziehungstheorien ist Kernberg der Meinung, dass eine Theorie der Triebe noch immer notwendig ist, weil eine einzig auf den Affekten basierende Motivationstheorie die Analyse der Übertragungsbeziehung zu den dominanten Objekten der Kindheit unnötig verkompliziert (Kernberg 1992a). Gegenüber einem bedeutsamen anderen Menschen werden immer vielerlei positive und negative Affekte ausgedrückt; eine Affekttheorie, welche die Motivation nur in den Affekten ansiedelt, würde die Entwicklungslinien der libidinösen und aggressiven Triebe übersehen. Diese bestimmen aber die Geschichte früherer internalisierter Objektbeziehungen, die im Kontext der psychoanalytischen Analyse geklärt werden können.

Die Motivationstheorie hilft unserer Ansicht nach, das Konzept angeborener Dispositionen für eine exzessive oder inadäquate Affektaktivierung zu erklären. Dabei berücksichtigt sie die genetischen und konstitutionellen Intensitätsschwankungen, die sich beispielsweise in Intensität, Rhythmus und Schwelle der üblicherweise dem Tempera-

ment zugeordneten Affektaktivierung manifestieren. Des Weiteren erklärt diese Theorie, wie die Folgen physischen Schmerzes, psychischen Traumas und schwerer Erschütterungen in frühen Objektbeziehungen starke negative Affekte auslösen, die zur Intensivierung des Aggressionstriebes beitragen. Daher sind wir der Meinung, dass die Motivationstheorie Freuds (1915) Auffassung von den Trieben als Mittelzone zwischen dem Physischen und dem Psychischen gerecht wird.

Jüngere Studien über die Veränderung der Neurotransmittersysteme bei schweren Persönlichkeitsstudien, besonders der Borderline-Persönlichkeitsstörung, sind zwar noch vorläufig und lassen verschiedene Interpretationen zu (s. Kap. 12), doch deuten sie einen möglichen Bezug zwischen den Neurotransmittern und bestimmten Abweichungen in der Affektaktivierung an (Stone 1993a; 1993b). Abweichungen in den adrenergen und cholinergen Systemen könnten zum Beispiel mit einer allgemeinen Instabilität zusammenhängen, Defizite im dopaminergen System mit einer generellen Disposition für vorübergehende psychotische Symptome bei Borderline-Patienten und eine Schwächung des serotonergen Systems kann mit impulsivem, aggressivem und selbstschädigendem Verhalten verbunden sein (de Vegvar, Siever u. Trestman 1994; Steinberg, Trestman u. Siever 1994; Yehuda, Southwick et al. 1994). Im Allgemeinen scheinen genetische Veranlagungen für Affektschwankungen von Veränderungen in den Neurotransmittersystemen beeinflusst zu sein. Eine Verbindung zwischen den biologischen Determinanten affektiver Reaktionen und den psychischen Auslösern bestimmter Affekte ist daher potenziell möglich.

Diese Aspekte angeborener Dispositionen für die durch aggressive Affektzustände hervorgerufene Aktivierung von Aggression entsprechen der inzwischen als sicher geltenden Erkenntnis, dass geplantes aggressives Verhalten bei Kleinkindern von frühen, schweren, chronischen physischen Schmerzen stammt und dass Kleinkinder auf gewohnheitsmäßige aggressive Provokationen von Pflegepersonen mit ähnlichen Verhaltensweisen reagieren, wie wir aus der Arbeit von Galenson (1986) und Fraiberg (1982) wissen. Grossmans überzeugende Argumente (1986; 1991) zugunsten der direkten Umwandlung von chronischem intensivem Schmerz in Aggression bieten einen theoretischen Kontext für die Untersuchung von Kindesmisshandlung. Die beeindruckenden, forschungsgestützten Ergebnisse über die Prävalenz physischen und sexuellen Missbrauchs in der Geschichte von Borderline-Patienten (Brodsky, Cloitre u. Dulit 1995; McLean u. Gallop 2003; van der Kolk, Hostetler et al. 1994; Yen, Shea et al. 2002; Zanarini 1997b) sind mit der Ansicht, dass Trauma die Entwicklung schwerer Manifestationen von Aggression beeinflusst, konsistent (s. Kap. 16; Kap. 20; Kap. 21; Kap. 63).

Angesichts des Überwiegens pathologischer Aggression bei der Untersuchung schwerer Persönlichkeitsstörungen halten wir Kernbergs Modell eines Verständnisses der Pathologie der Aggression für überaus wichtig. Ein dynamisches Hauptmerkmal der normalen Persönlichkeit ist die Dominanz des libidinösen Triebes über den aggressiven. Demnach führt eine Triebneutralisierung zur Integration libidinös und aggressiv besetzter, ursprünglich in idealisiert und verfolgend gespaltene internalisierte Objektbeziehungen – ein Entwicklungsprozess von der Separations-Individuations-Phase zur Objekt Konstanz, der zu einem integrierten Konzept des Selbst und der wichtigen Bezugspersonen führt sowie zur Integration aggressiver und libidinöser Affektzustände in die abgeschwächten, diskreten, verfeinerten und komplexen Affektdispositionen der Phase der Objekt Konstanz.

Während ein zentraler motivationaler Aspekt schwerer Persönlichkeitsstörungen, die »Borderline-Persönlichkeitsorganisation«, Ausdruck einer Entwicklung übertriebener Aggression und der damit verbundenen Psychopathologie eines aggressiven Affekts ist, betrifft im Gegensatz dazu die dominante Pathologie der weniger schweren Persönlichkeitsstörungen die Libido oder Sexualität (Kernberg 1975; 1976; 1980a; 1984). Zu diesem Feld der »Neurotischen Persönlichkeitsorganisation« gehören besonders die zwanghaft-obsessiven und die depressiv-masochistischen Persönlichkeiten, am klarsten aber die Hysterische Persönlichkeitsstörung (Kernberg 1984). Obwohl alle drei Persönlichkeitsstörungen in ambulanten Therapiepraxen häufig vorkommen, wurde nur die zwanghaft-obsessive Persönlichkeit in das DSM-IV aufgenommen. Bei diesen Störungen dominieren im Kontext

- der Objekt Konstanz,
- des integrierten Über-Ich,
- einer gut entwickelten Ich-Identität und
- fortgeschrittener Abwehrmechanismen wie der Verdrängung

diejenigen Persönlichkeitstrait, die von der typischen Pathologie sexueller Hemmung, Ödipalisierung von Objektbeziehungen und Ausagieren geprägt sind. Dies hat mit unbewussten Schuldgefühlen aufgrund infantiler sexueller Impulse zu tun. Im Gegensatz dazu wird die Sexualität bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation von Aggression »vereinnehmte«, d. h., sexuelles Verhalten und Interaktion sind aufs Engste mit aggressiven Zielen verbunden, was die sexuelle Intimität und Liebesbeziehungen stark behindert und die abnormale Entwicklung von Paraphilien fördert (s. Kap. 45).

Von der frühen Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen Freuds (1908, 1931) und Abrahams (1924, 1949) in orale, anale und genitale Charaktere ist man immer mehr abgekommen, da psychoanalytische Untersuchungen ergaben, dass schwere Persönlichkeitsstörungen von patholo-

gischen Konfliktverdichtungen aller Phasen gekennzeichnet sind. Die Klassifizierungen von Freud und Abraham scheinen nur bei weniger schweren Fällen einer Persönlichkeitsstörung angebracht (Kernberg 1976). Gleichwohl ist die dort beschriebene Beziehung zwischen oralen Konflikten, pathologischer Abhängigkeit, der Tendenz zur Depression und der gegen sich selbst gerichteten Aggression äußerst relevant für Persönlichkeitsstörungen des gesamten Entwicklungsspektrums, besonders aber für die depressiv-masochistische Persönlichkeit (Kernberg 1992a). Diese Persönlichkeitsstörung spiegelt zwar eine fortgeschrittene Ebene der Neurotischen Persönlichkeitsorganisation, transportiert aber sozusagen eine orale Konfliktkonstellation relativ unverändert in den ödipalen Bereich. Auf ähnliche Weise treten auch anale Konflikte sehr offensichtlich bei den Zwanghaft-Obsessiven Persönlichkeitsstörungen auf, die, parallel zu den depressiv-masochistischen Störungen, anale Konflikte in den Kontext der ödipalen Konflikte der Objekt Konstanz hineintransportieren. Anale Konflikte sind dennoch im gesamten Spektrum der Persönlichkeitsstörungen relevant.

Fenichel (1945) unternahm den Versuch einer psychoanalytischen Einteilung der Charakterkonstellationen in sublimatorische und reaktive Typen, wobei zum reaktiven Typus die Vermeidung (Phobien) und der Widerstand (Reaktionsbildung) gehören. Anschließend kategorisierte Fenichel Persönlichkeitsstörungen bzw. Charakterpathologien nach dem pathologischen Verhalten gegenüber dem Es (orale, anale und phallische Konflikte), dem Über-Ich (moralischer Masochismus, Psychopathie, Ausagieren) und den externen Objekten (pathologische Hemmungen, pathologische Eifersucht, Pseudohypersexualität). Diese Klassifizierung wurde in der Praxis allerdings ebenfalls verworfen, da klar wurde, dass pathologisches Verhalten gegenüber diesen psychischen Strukturen bei allen Charakterpathologien gleichzeitig vorkommt.

Ein psychoanalytisches Modell der Nosologie

Kernbergs Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen konzentriert sich auf die Dimension der Schwere (Kernberg 1976). Diese reicht von der Psychotischen Persönlichkeitsorganisation und der Borderline-Persönlichkeitsorganisation bis zur Neurotischen Persönlichkeitsorganisation.

Psychotische Persönlichkeitsorganisation

Die Psychotische Persönlichkeitsorganisation beschreibt eigentlich Patienten mit atypischen Merkmalen einer Psychose, hinter der sich jedoch Persönlichkeitsstörungen verbergen. Den Unterschied bildet der Verlust der Realitätsprüfung bei der Psychose, beide haben aber wiederum mit der Borderline-Persönlichkeitsorganisation den Mangel an integrierter Ich-Identität gemeinsam. Da das Konzept des Selbst und der bedeutsamen Anderen nicht vollständig integriert ist, kommt es zu einer Identitätsdiffusion mit hauptsächlich primitiven Abwehrmechanismen wie Spaltung und Verlust der Realitätsprüfung. Die Spaltung und die davon abgeleiteten Abwehrmechanismen projektive Identifikation, Verleugnung, primitive Idealisierung, Größenwahn, omnipotente Kontrolle und Abwertung müssen als Basisfunktion die idealisierten und verfolgenden internalisierten Objektbeziehungen aus der frühen Entwicklungsphase vor der Objekt Konstanz, wenn also aggressiv bestimmte Internalisierungen die innere Welt der Objektbeziehungen stark dominieren, getrennt halten, um die idealen Objektbeziehungen vor der übermächtigen Kontrolle und der Vernichtung durch die aggressiv infiltrierten Objektbeziehungen zu bewahren. Diese primitive Konstellation der hauptsächlich um die Spaltung zentrierten Abwehrmechanismen ist ein Rettungsversuch der Fähigkeit, sich auf gute Objekte zu verlassen und der furchterregenden Aggression zu entkommen. Diese Grundfunktion der primitiven Konstellation von Abwehrmechanismen ist vor allem bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation dominant. Eine weitere, sehr primitive Funktion der Psychotischen Persönlichkeitsorganisation ist die Kompensation des Realitätsprüfungsverlusts.

Realitätsprüfung meint die Fähigkeit, zwischen dem Selbst und dem Nicht-Selbst sowie zwischen intrapsychischen und externen Reizen zu unterscheiden und das Gefühl für normale soziale Kriterien der Realität aufrechtzuerhalten. Während einer Psychose geht diese Fähigkeit normalerweise verloren, was sich besonders in Halluzinationen und Wahnvorstellungen zeigt (Kernberg 1976; 1984). Der Verlust des Realitätssinns ist auch ein Verlust der Unterscheidung zwischen dem Selbst und den Objektrepräsentanzen in Zuständen höchster affektiver Erregung. Die primitiven Abwehrmechanismen der Spaltung versuchen, vor dem Chaos der Objektbeziehungen zu bewahren, das durch intensive Beziehungen entsteht, bei denen die Ich-Grenzen verloren gehen. Genau genommen repräsentiert die Psychotische Persönlichkeitsorganisation im klinischen Sinne ein Ausschlusskriterium für die Persönlichkeitsstörungen.

Borderline-Persönlichkeitsorganisation

Auch die Borderline-Persönlichkeitsorganisation zeichnet sich durch Identitätsdiffusion und das Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen um die Spaltung herum aus, unterscheidet sich aber durch einen funktionierenden Realitätssinn und die entsprechende Unterscheidung zwischen dem Selbst und der Objektrepräsentanz der idealisierten und verfolgenden Art. Diese Patienten zeigen jedoch einen Verlust der subtileren Aspekte einer guten Beziehung zur Realität, nämlich des normalen Taktgefühls im Umgang mit den delikaten, sensiblen Aspekten enger, intimer Beziehungen. In diese Kategorie gehören alle schweren Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-, Schizoide und Schizotypische, Paranoide, Hypomanische, Narzisstische (inklusive des malignen narzisstischen Syndroms; Kernberg 1992a) und Antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie die Hypochondrie (ein Syndrom, das viele Merkmale der eigentlichen Persönlichkeitsstörung besitzt). All diese Patienten zeichnen sich durch Identitätsdiffusion, primitive Abwehrmechanismen und oftmals auch durch einen gewissen Grad eines geschwächten Über-Ich (antisoziales Verhalten) aus. Eine bestimmte Patientengruppe leidet oft an einer signifikanten Desorganisation des Über-Ich, nämlich Patienten mit schweren Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, dem malignen narzisstischen Syndrom und der Antisozialen Persönlichkeitsstörung (s. Kap. 49).

Alle Persönlichkeitsstörungen des Borderline-Spektrums zeigen wegen der Identitätsdiffusion schwere Verzerrungen in ihren interpersonellen Beziehungen, besonders aber Probleme in Liebesbeziehungen, ein Fehlen gleichbleibender beruflicher Ziele, ein unsicheres oder fehlendes Lebensziel und eine unterschiedlich starke Pathologie des Sexuallebens (s. Kap. 45). Hinzu kommen häufig auch eine Unfähigkeit, Zärtlichkeit und Sexualität zu integrieren, und ein chaotisches Sexualleben mit multiplen polymorphen, infantilen Neigungen. Die schwersten Fälle weisen jedoch eine allgemeine Hemmung jeglicher sexueller Reaktion auf, eine Folge

- fehlender Aktivierung sinnlicher Reaktionen in der frühen Beziehung zur Pflegeperson,
- einer überwältigenden Betonung des Aggressiven, welche die Sinnlichkeit stört (statt diese für aggressive Ziele zu nutzen).

Alle Patienten bekunden außerdem nichtspezifische Anzeichen einer Ich-Schwäche, d. h. ein Fehlen der Angsttoleranz, der Impulskontrolle und des sublimatorischen Funktionierens sowie der Beständigkeit, Ausdauer und Kreativität im Beruf.

Eine bestimmte Gruppe der Persönlichkeitsstörungen weist Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsorganisation auf, ist aber zu einer befriedigenderen sozialen Anpassung

fähig. Die Betroffenen können einen gewissen Grad von Intimität in Objektbeziehungen herstellen sowie sexuelle und zärtliche Impulse integrieren. Bei ihnen vollzieht sich die Entwicklung der Ich-Funktionen einigermaßen konfliktlos, weshalb diese Patienten anstelle der Identitätsdiffusion eine Über-Ich-Integration, gutartige Beziehungen, die Fähigkeit zum Genuss positiver Abhängigkeit und eine bessere berufliche Anpassung aufweisen. Diese signifikanten quantitativen Unterschiede sorgen für eine höhere Stufe der Borderline-Persönlichkeitsorganisation bzw. eine mittlere Stufe der Persönlichkeitsstörung. Dazu gehören die zylothymische, die infantile oder histrionische Persönlichkeit, die Suchtpersönlichkeit sowie einige der besser funktionierenden Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen (s. Kap. 31; Kap. 41).

Neurotische Persönlichkeitsorganisation

Die nächste Stufe der Persönlichkeitsstörung, die Neurotische Persönlichkeitsorganisation, ist durch eine normale Ich-Identität und die damit verbundene Fähigkeit zu tiefen Objektbeziehungen sowie durch Ich-Stärke gekennzeichnet, d. h. Angsttoleranz, Impulskontrolle, Sublimation, berufliche Effektivität und Kreativität. Sie besitzt die Fähigkeit zu sexueller Liebe und emotionaler Nähe, die nur von unbewussten Schuldgefühlen gestört wird, die sich in bestimmten pathologischen sexuellen Interaktionsmustern zeigen. Zu dieser Gruppe gehören die hysterische, die obsessive und die depressiv-masochistische Persönlichkeit sowie viele der sogenannten »Vermeidenden Persönlichkeitsstörungen« – mit anderen Worten: der psychoanalytische »phobische Charakter« (unserer Ansicht nach ist diese Bezeichnung immer noch problematisch). Wie bereits erwähnt treten signifikante soziale Hemmungen oder Phobien bei verschiedenen Persönlichkeitsstörungen auf. Umgekehrt trifft die für die »phobische Persönlichkeit« charakteristische Grundstruktur des hysterischen Charakters, wie von der frühen Psychoanalyse beschrieben, nur in einzelnen Fällen zu.

Ätiologie und Psychopathologie

Laut Untersuchungsergebnissen besteht bei Borderline-Patienten eine Prävalenz für frühe traumatische Erfahrungen – wie lang andauernde und schmerzvolle körperliche Erkrankungen, direkte oder indirekte Erfahrungen von körperlichem oder sexuellem Missbrauch, schwerer früher Verlust und Verlassenwerden oder chaotische Familienstrukturen (Kernberg 1994a; s. Kap. 15). Eine biologische Prädisposition für die Aktivierung exzessiv aggressiver und depressiver Affekte als Folge dysfunktionaler biochemi-

scher Neurotransmittersysteme, besonders des serotonergen Systems (aber auch der adrenergen, noradrenergen und dopaminergen Systeme), kann sich in der abnormen Aktivierung negativer Affekte widerspiegeln sowie in einer Hyperreaktivität auf Reize, die normalerweise Angst oder Depression auslösen. Dies fördert die Verzerrung früher affektiver Erfahrungen mit aggressiv besetzten bedeutsamen Beziehungen, die dann entsprechend internalisiert werden. Biologische Determinanten der Prädisposition für eine sich im Temperament niederlegende negative Affektaktivierung und die Internalisierung folgender Interaktionen können schließlich die Bilder vom Selbst und den Anderen beeinflussen (Depue 1996; Gurvits, Koenigsberg u. Siever 2000). Eine unsichere Bindung mit ihren überaus negativen, nicht mentalisierten Affektzuständen und eine damit verbundene negative Verzerrung früher internalisierter Selbst- und Objektpräsenz sind wichtige Bestandteile des Umweltfaktors in der Prädisposition für schwere Persönlichkeitsstörungen.

Unter dem Einfluss der ätiologischen Faktoren erscheint die Psychopathologie dieser Patienten als von aggressiv besetzten internalisierten Objektbeziehungen dominiert. Diese bedrohen libidinös besetzte internalisierte Objektbeziehungen und bedingen eine protektive Fixierung und Übertreibung früher abwehrender Spaltungsmechanismen und der oben beschriebenen Mechanismen. Spaltungsmechanismen dienen dem Schutz idealisierter Selbst- und Objektpräsenz vor der Kontaminierung durch aggressive Repräsentanzen – sie machen so Hoffnung auf Wohlergehen, Sicherheit und befriedigende Beziehungen in einer Situation, in der die Patienten von der Dominanz aggressiv besetzter internalisierter Objektbeziehungen, von einem massiven und anhaltenden Misstrauen Anderen gegenüber, von Angst vor dem Ausbruch gewalttätigen aggressiven Selbst- und Fremdverhaltens und von verwirrenden, auf einer mangelnden Integration der Selbst- und Objektbilder beruhenden Realitätsverzerrungen bedroht werden.

Frühe Lernerfahrungen unter Bedingungen, die eine starke Spaltung begünstigen, führen zur Konsolidierung des Syndroms der Identitätsdiffusion und der Dominanz der erwähnten primitiven Abwehrmechanismen. Zusätzliche ätiologische Faktoren, insbesondere überstarke Tendenzen zu Introversion oder Extraversion, und das Ausmaß der konstitutionellen Disposition für eine exzessive Aktivierung depressiver oder euphorischer Affekte können zur Bildung verschiedener Charakterkonstellationen beitragen, bei denen das Syndrom der Identitätsdiffusion in der klinischen Praxis zum Ausdruck kommt. Die hier vorgeschlagene Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen vertritt die auf der Theorie der internalisierten Objektbeziehungen basierende Kombination des Struktur- und Entwicklungskonzepts des psychischen Apparates. Die Klassifizierung erfolgt nach folgenden Kriterien:

- Schwere der Pathologie
- Stärke der Aggression
- Einfluss der pathologischen Affektdispositionen auf die Entwicklung der Persönlichkeit
- Effekt der Entwicklung einer pathologischen grandiosen Selbststruktur
- potenzieller Einfluss der Veranlagung für Extra- oder Introversion

Die vom Temperament bestimmte Tendenz zu Extra- oder Introversion erlaubt die Einteilung aller Persönlichkeits-

störungen in zwei Hauptgruppen, während das Syndrom der Identitätsdiffusion seinerseits zu einer auf der Schwere der Störung basierenden Klassifizierung führt. Mithilfe all dieser Merkmale und der kombinierten Analyse der Wirren instinktmaßiger Konflikte zwischen Liebe und Aggression können wir nicht nur zwischen den verschiedenen pathologischen Persönlichkeitstypen unterscheiden, sondern sie auch in Beziehung zueinander setzen (Abb. 28-1).

Diese Kombination der Kriterien aus Kategorie und Dimension bietet einige Vorteile. Durch klare Entwicklungsfaktoren werden mehrere Persönlichkeitsstörungen

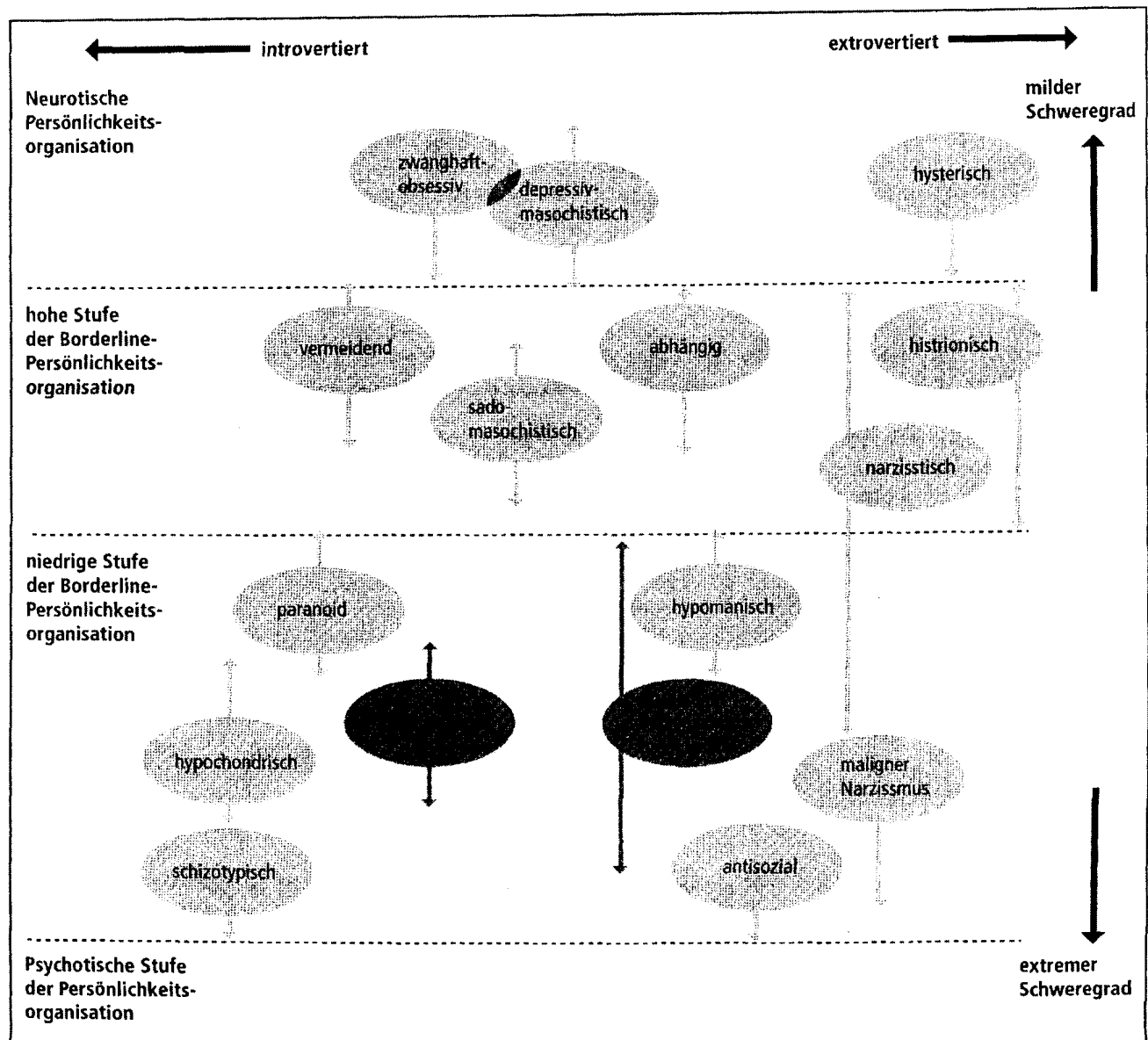


Abb. 28-1 Die Beziehungen der Persönlichkeitsstörungen untereinander.

in Verbindung gesetzt, besonders auf der Achse der Schwere. Abbildung 28-1 fasst die Beziehungen zwischen den verschiedenen Persönlichkeitsstörungen zusammen. Die Entwicklungslinie der affektiven Dysregulation verbindet Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Hypomanische, Zyklothyme und Depressiv-Masochistische Persönlichkeitsstörungen, die mit Introversion assoziierte Entwicklungslinie verknüpft auf komplexe Weise die Schizoide, Schizotypische, Paranoide und Hypochondrische Persönlichkeitsstörung sowie auf einer höheren Entwicklungsebene die Zwanghaft-Obsessive Persönlichkeitsstörung. Und schließlich verbindet die mit der spezifischen Über-Ich-Pathologie assoziierte Entwicklungslinie die antisoziale Persönlichkeit mit dem malignen Narzissmussyndrom und den Narzisstischen Persönlichkeitsstörungen (Letztere wiederum mit einem breiten Schweregradspektrum; s. Abb. 28-1). Unserer Ansicht nach erweisen sich die schicksalhaften Entwicklungen internalisierter Objektbeziehungen und affektiver Reaktionen als Grundkomponenten eines modernen psychoanalytischen Ansatzes bezüglich der Persönlichkeitsstörungen.

Affekte beinhalten immer eine kognitive und eine subjektive Komponente, subjektive Erfahrungen stark angenehmer oder unangenehmer Natur, neurovegetative Prozesse, psychomotorische Aktivierung und, sehr entscheidend, ein unverkennbares Muster von Gesichtsausdrücken, das ursprünglich auf die Kommunikation mit der Bezugsperson ausgerichtet war. Im kognitiven Aspekt der affektiven Reaktion zeigen sich grundsätzlich die Beziehungen zwischen einer Selbst- und einer Objektrepräsentanz, was die Diagnose der aktivierten Objektbeziehung in jedem Affektzustand, der in der therapeutischen Beziehung auftaucht, erleichtert.

Mithilfe dieser Konzeptualisierung können außerdem die Entwicklungsschwankungen der sexuellen und aggressiven Triebe innerhalb einer Persönlichkeitsstörung geklärt werden. Aus der anfänglichen Wutreaktion als Grundaffekt entwickelt sich der strukturierte Affekt des Hasses als der Zentralaffektzustand schwerer Persönlichkeitsstörungen. Hass wiederum kann die Form von bewusstem oder unbewusstem Neid annehmen oder ein übermäßiges Vergeltungsbedürfnis, das die korrespondierenden Übertragungsbeziehungen färben wird. Auch im Hinblick auf die sexuellen Affekte erleichtert ein psychoanalytisches Verständnis der bei sexuellen Phantasien und Erfahrungen internalisierten Objektbeziehungen die Diagnose und Behandlung abnormer Verknüpfungen zwischen sexueller Erregung und Hass. Diese kommen bei Perversionen oder Paraphilien sowie bei sexuellen Hemmungen und Einschränkungen in der sexuellen Reaktionsfähigkeit zum Ausdruck, die von den Konflikten des Patienten bezüglich internalisierter Objektbeziehungen absorbiert werden. Die Theorie internalisierter Objektbeziehungen, die dieser

Konzeptualisierung unterliegt, hilft auch, die unbewusste Identifikation von Patienten mit der Rolle des Opfers sowie mit der des Täters in Fällen schwerer Traumatisierung und Missbrauch besser zu diagnostizieren, zu verstehen und in der Übertragung und Gegenübertragung durchzuarbeiten. Ein Verständnis der strukturellen Determinanten des pathologischen Narzissmus wiederum bietet eine Lösung für die klare Unfähigkeit zu differenzierten Übertragungsreaktionen, die narzisstische Patienten neben den schweren Verzerrungen allgemeiner Objektbeziehungen zeigen.

Ein weiterer wichtiger Vorteil der vorgeschlagenen Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen besteht darin, dass die zugrunde liegenden strukturellen Konzepte dem Therapeuten gestatten, die Affektzustände der Patienten in die bei der Übertragung aktivierte Objektbeziehung zu übersetzen und diese Übertragung als Aktivierung einer Beziehung zu »lesen«, die sich normalerweise in der Projektion der Selbst- und Objektrepräsentanzen verändert. Je schwerer die Pathologie des Patienten, desto leichter projiziert er seine Selbst- oder Objektrepräsentanz auf den Therapeuten, während er die gegenseitige Selbst- oder Objektrepräsentanz ausagiert. Dadurch können inmitten der intensiven Affektaktivierung die Natur der Beziehung geklärt und in der allmählichen Deutung dieser Entwicklungen die abgespaltenen Repräsentanzen des Selbst und der bedeutsamen Anderen integriert werden. Dies hat direkte Folgen für den therapeutischen Ansatz bei Persönlichkeitsstörungen (Clarkin, Yeomans u. Kernberg 2006; s. Kap. 50).

Entwicklung, Struktur und Motivation im Kontinuum

Nach der vorgenommenen Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen aufgrund des Schweregrads werden nun bestimmte Kontinuitäten untersucht, die eine psychopathologische Vernetzung von offenbar verwandten Persönlichkeitsstörungen bilden (s. Abb. 28-1).

Die Borderline- und Schizoiden Persönlichkeitsstörungen

Borderline- und Schizoide Persönlichkeitsstörung stellen die einfachsten Formen schwerer Persönlichkeitsstörungen dar. Ihre Identitätsdiffusion in Form vorherrschender Spaltungsmechanismen kann als »reinsten« Ausdruck der allgemeinen Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsorganisation angesehen werden.

Fairbairns (1954) Darstellung der schizoiden Persönlichkeit als Prototyp aller Persönlichkeitsstörungen bietet

einen unübertroffenen Einblick in die Psychodynamik dieser Patienten: Er beschrieb die Mechanismen, welche internalisierte Objektbeziehungen in »gute« und »böse« aufspalten, die Selbst- und Objektrepräsentanzen der abgespaltenen Objektbeziehungen, die daraus folgende Verarmung interpersoneller Beziehungen und deren Ersatz in Form der defensiven Hypertrophie eines Phantasielebens. Und tatsächlich zeigt sich im Verlauf der psychoanalytischen Exploration, dass der offensichtliche Mangel im Affektausdruck der Schizoiden Persönlichkeitsstörung schwere Spaltungsmechanismen widerspiegelt. Diese wiederum führen eine Fragmentierung der affektiven Erfahrung herbei, welche die zwischenmenschliche Erfahrung »entleert«. Gleichzeitig weisen die internalisierten Objektbeziehungen der schizoiden Persönlichkeit die gespaltenen, verfolgenden und idealisierten Merkmale auf, die auch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung typisch sind (Kernberg 1975). Obwohl die Schizotypische Persönlichkeitsstörung laut DSM-IV eine schwerere Form der schizoiden Persönlichkeit zu sein scheint, wird es immer wahrscheinlicher, dass die schizotypische Persönlichkeit gar keine Persönlichkeitsstörung ist, sondern eher eine Variante der Schizophrenie, die von einer leichten Denkstörung und einer Familiengeschichte mit psychotischen Erkrankungen gekennzeichnet wird (Lenzenweger u. Korfine 1992).

Die strukturellen und dynamischen Merkmale der Borderline-Persönlichkeitsstörung ähneln denen der schizoiden Persönlichkeit, kommen aber vorwiegend in impulsiven Interaktionen zum Ausdruck (Akhtar 1992; Stone 1993a). Im Gegensatz zur schizoiden Persönlichkeit, wo sich interne Objektbeziehungen im bewussten Phantasieleben des sozialen Rückzugs zeigen, werden die ebenfalls stark gespaltenen internalisierten Objektbeziehungen im Zwischenmenschlichen ausagiert. Tatsächlich wird bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung die Selbsterkenntnis oft von repetitiven, stark motivierten interpersonellen Verhaltensweisen ersetzt. Die für die Borderline-Persönlichkeitsstörung charakteristischen episodenhaften, intensiven und überwältigenden Affektzustände (»Affektstürme«) sowie die schlechte Impulskontrolle im Zusammenhang mit Identitätsdiffusion stehen in scharfem Kontrast zu dem fehlenden Affekt und der guten Impulskontrolle der schizoiden Persönlichkeit.

Es mag sein, dass die Merkmalunterschiede zwischen der schizoiden und der Borderline-Störung mit Temperamentsunterschieden einhergehen – vor allem im Hinblick auf den Faktor Intro- und Extraversion, der in diversen Klassifikationsmodellen unter verschiedenen Namen auftaucht.

Pathologie der Aggression und Persönlichkeitsstörungen

Die extreme Pathologie der Aggression ist charakteristisch für die Paranoide Persönlichkeitsstörung, das hypochondrische Syndrom, die Sadomasochistische Persönlichkeitsstörung, das Syndrom des malignen Narzissmus und die Antisoziale Persönlichkeitsstörung. Der Aggressionsanstieg bei der paranoiden Persönlichkeit gleicht dem der Schizoiden Persönlichkeitsstörung. Bei der paranoiden Persönlichkeit bildet die Projektion der aggressiven internen Objektbeziehungen eine äußere, von verfolgenden Figuren bevölkerte Welt. Die defensive Idealisierung des Selbst geht einher mit dem Versuch einer Kontrolle dieser überwältigend gefährlichen äußeren Welt. Während bei der Borderline- und der Schizoiden Persönlichkeitsstörung die Spaltung per se dominiert, ist bei der paranoiden Persönlichkeit der dominante Abwehrmechanismus zwar mit der Spaltung verbunden, hängt aber stark von der Projektion verfolgender Erfahrungen ab, die als in der äußeren Welt verkörpert kontrolliert werden sollen. Das hypochondrische Syndrom zeigt eine Projektion verfolgender Objekte auf das Innere des Körpers; Menschen mit einer hypochondrischen Persönlichkeit präsentieren oft auch stark paranoide und schizoide Merkmale.

Affektregulation und Persönlichkeitsstörungen

Die bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung erkennbare Intensität der Affektaktivierung, der Mangel an Affektkontrolle sowie das starke Vorkommen affektiver Erkrankungen deuten das Vorhandensein eines mit der Affektregulation verbundenen Temperamentfaktors an, der ein Risiko für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellt. Gleichzeitig fällt auf, wie sehr die Integration positiver und negativer Affektzustände, welche im Verlauf einer psychodynamischen Behandlung zutage treten, die Affektreaktion beeinflusst und abschwächt. Eine Zunahme der Impulskontrolle und Affekttoleranz als Resultat einer erfolgreichen Behandlung zeigt, dass bei der Borderline-Persönlichkeit Spaltungsmechanismen eine zentrale Rolle in der Affektpathologie spielen. Im Gegensatz dazu spiegelt die Affektpathologie bei der hypomanischen und zykllothymischen Persönlichkeit eine Veranlagung im Bereich der Affektregulation wider.

Wenn die Borderline-Persönlichkeitsstörung von einer besonders intensiven Aggressivität gekennzeichnet ist, kann sie in eine Sadomasochistische Persönlichkeitsstörung münden. Die Erlangung der Identitätskonsolidierung kann es dazu führen, dass die Veranlagung für einen starken Sadomasochismus in eine relativ gut integrierte Über-

Ich-Struktur eingegliedert und von dieser kontrolliert wird, was die Bedingungen für eine Depressiv-Masochistische Persönlichkeitsstörung liefert. Diese befindet sich auf der höchsten Stufe zweier Linien, die zur depressiv-masochistischen Persönlichkeit führen: Die eine führt von der Borderline-Persönlichkeit aus über die sadomasochistische und die andere von der hypomanischen zur depressiv-masochistischen Persönlichkeit. In diesem Gesamtspektrum der Persönlichkeitsstörungen zeigt sich die Internalisierung der Objektbeziehungen bei abnormaler Affektentwicklung oder Affektkontrolle.

Pathologische Identitätsbildung und Persönlichkeitsstörungen

Im Kontrast zur klaren Indikation der Identitätspathologie aller in der Borderline-Persönlichkeitsorganisation eingeschlossenen Persönlichkeitsstörungen geht bei der narzisstischen Persönlichkeit eine mangelnde Integration des Konzepts bedeutsamer Anderer Hand in Hand mit einem integrierten, wenn auch pathologischen Selbstbild, was manchmal auch »pathologisches grandioses Selbst« oder »pathologische Identitätsbildung« genannt wird. Das pathologische grandiose Selbst ersetzt den zugrunde liegenden Mangel einer Integration eines normalen Selbst und ist verantwortlich für die bei der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung vergleichsweise bessere äußere Anpassung (Akhtar 1989; Plakun 1989; Ronningstam u. Gunderson 1989). Im Verlauf einer psychodynamischen Behandlung können wir die Auflösung dieses pathologischen grandiosen Selbst und die für die Borderline-Persönlichkeitsorganisation typische Identitätsdiffusion beobachten, welche vor der Integration einer normalen Identität auftaucht.

Bei der narzisstischen Persönlichkeit absorbiert das pathologische Selbst sowohl reale als auch idealisierte Selbst- und Objektrepräsentanzen in ein unrealistisches idealisiertes Selbstkonzept. Diese strukturelle Entwicklung führt zu einer Parallelentwicklung des internalisierten Wertesystems, wo verfolgende über idealisierte Über-Ich-Muster herrschen. Hier werden verfolgende Strukturen eher projiziert, was die spätere Entwicklung besser integrierter Über-Ich-Funktionen stört (Kernberg 1975; 1984; 1992a). Daher das bei der narzisstischen Persönlichkeit häufig beobachtete leicht antisoziale Verhalten.

Dominiert bei einer narzisstischen Persönlichkeitsstruktur eine intensive Pathologie der Aggression, entwickeln sich besonders maligne Formen der Psychopathologie. Hier wird das pathologische Selbstbild so von Aggression unterwandert, dass verschiedene aggressive Ausdrucksweisen völlig akzeptabel (»egosyntonisch«) und sogar angenehm erscheinen. Daraus entsteht Grandiosität in Verbindung mit Rücksichtslosigkeit, Sadismus oder Hass. Die Konstellation

narzisstische Persönlichkeit, antisoziales Verhalten, ego-syntone Aggression und paranoide Tendenzen bilden das Syndrom des malignen Narzissmus. Laut Kernberg (1992a) steht es auf halbem Weg zwischen der Narzisstischen Persönlichkeitsstörung und der eigentlichen Antisozialen Persönlichkeitsstörung, bei der das Über-Ich entweder schlecht oder gar nicht mehr funktioniert.

Der Antisozialen Persönlichkeitsstörung (Akhtar 1992; Bursten 1989; Hare 1986; Kernberg 1989) liegen, wie sich in der psychoanalytischen Untersuchung zeigt, oft schwere paranoide Tendenzen sowie eine völlige Unfähigkeit für ein uneigennütziges Interesse an anderen, bedeutsamen Menschen zugrunde. Diese Menschen können weder Schuldgefühle empfinden noch zeigen sie irgendeine Anteilnahme sich selbst oder Anderen gegenüber, sie sind nicht in der Lage, moralische oder ethische Werte auf sich selbst oder Andere zu beziehen. Charakteristisch für die Antisoziale Persönlichkeitsstörung ist außerdem die Unfähigkeit, für die Zukunft zu planen. Das weniger schwere Syndrom des malignen Narzissmus unterscheidet sich von der Antisozialen Persönlichkeitsstörung dahingehend, dass bei Ersterem die Fähigkeit, sich für andere zu engagieren und authentische Schuldgefühle zu empfinden, teilweise vorhanden ist. Die Fähigkeit zu uneigennützigen Objektbeziehungen (d. h. zu einer signifikanten emotionalen Besetzung anderer Menschen) und der Grad, zu dem antisoziale Verhaltensweisen überwiegen, sind wichtige Prognoseindikatoren für eine psychotherapeutische Herangehensweise an die Persönlichkeitsstörungen (Kernberg 1975; Stone 1990).

Die höher entwickelten oder neurotischen Persönlichkeitsstörungen

Auf einer höheren Stufe der Persönlichkeitsorganisation finden wir die »neurotischen« Persönlichkeitsstörungen, die zwanghaft-obsessive, hysterische und depressiv-masochistische Persönlichkeit. Bei der zwanghaft-obsessiven Persönlichkeit wird die Aggression von einem gut integrierten, wenn auch exzessiv fordernden und selbstkritischen Über-Ich absorbiert. Dies zeigt sich in bekannten Merkmalen wie Perfektionismus, Selbstzweifel und dem chronischen Bedürfnis, sich selbst und die anderen zu kontrollieren.

Während die histrionische oder infantile Persönlichkeit eine mildere Form der Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellt, befindet sich die Hysterische Persönlichkeitsstörung, auch wenn sie immer noch zum Borderline-Spektrum gehört, auf einer höheren Persönlichkeitsstufe, die in das neurotische Spektrum der Persönlichkeitsorganisation fällt. Bei der hysterischen Persönlichkeit sind emotionale Labilität, Extraversion, abhängige und exhibitionistische Merkmale der histrionischen Persönlichkeit auf den Be-

reich der Sexualität reduziert. Im Gegensatz zur histrionischen Persönlichkeit ist die hysterische Persönlichkeit fähig zu normalen, tiefen, reifen, engagierten und differenzierten nichtsexuellen Beziehungen. Außerdem zeigt sie im Gegensatz zur sexuellen »Freiheit« der typischen infantilen Persönlichkeit eine Kombination aus Pseudohypersexualität und sexueller Inhibition.

Bei der Depressiv-Masochistischen Persönlichkeitsstörung (Kernberg 1992a), d. h. bei der am höchsten entwickelten Pathologie hinsichtlich des depressiven Affekts wie auch des Sado-masochismus, ist das Über-Ich (wie bei allen anderen Persönlichkeitsarten mit neurotischer Organisation) gut integriert, umfasst aber extrem strafende innere Werte. Das unweigerlich daraus resultierende selbstbestrafende Verhalten der Patienten ist Ausdruck eines unbewussten Bedürfnisses, als Sühne, etwa für eine sexuelle Lusterfahrung, zu leiden – ein Spiegel der Ödipusdynamik, die für das neurotische Spektrum der Persönlichkeitsstörungen charakteristisch ist. Exzessive Abhängigkeit und schnelle Frustration gehen Hand in Hand mit einer »Stoffwechselförderung« der Aggression. Statt einer erwarteten aggressiven Gefühlsreaktion wird ein Patient mit einer Depressiv-Masochistischen Persönlichkeitsstörung depressiv. Sind Schuldgefühle stärker als Aggression, kann eine stark aggressive Reaktion auf ein frustriertes Abhängigkeitsbedürfnis schnell in eine depressive Reaktion umschlagen.

Die Bedeutung dieses Klassifizierungssystems

Dieses Klassifizierungssystem kombiniert strukturelle und entwicklungspsychologische Ansätze der psychischen Organisation, die auf einer Theorie der internen Objektbeziehungen basiert. Die Klassifizierung der Persönlichkeitsstörungen erfolgt zuallererst nach der Schwere ihrer Pathologie, die das Vorhandensein oder Nicht-Vorhandensein sowie die Schwere einer Identitätsstörung spiegelt. Die Stufe der Persönlichkeitsorganisation gilt als stärkster »First-Pass«-Prognosefaktor und als Leitfaden für die Behandlungsplanung. Mithilfe einer kombinierten Analyse der Realitätsprüfung, der Identität, der dominanten Abwehrmechanismen und deren Stufe, des internalisierten Wertesystems, der Qualität der Objektbeziehungen sowie des Integrations-, Organisations- und Bewusstseinsgrades der Motivationen lässt sich die Schwere der Psychopathologie benennen. Darüber hinaus können wir bei jedem Schweregrad und bei jeder Stufe der Persönlichkeitsorganisation quer durch die Dimensionen zwischen den Persönlichkeitsstörungen differenzieren. Für diese Differenzierung werden besonders folgende Parameter in Betracht gezogen:

- wie sehr die Pathologie von Aggression dominiert wird
- wie sehr die Entwicklung der Persönlichkeit von pathologischen affektiven Dispositionen bestimmt wird

- der Einfluss der Entwicklung eines pathologischen grandiosen Selbst
- der potenzielle Einfluss einer temperamentsbedingten Veranlagung für Extra- oder Introversion

Daran werden die Vorteile offensichtlich, die eine Kombination der auf Kategorie und Dimension basierenden Kriterien zur Unterscheidung der Persönlichkeitsstörung bietet.

Klinisch beobachtbare affektiv-entwicklungspsychologische Linien verbinden mehrere Persönlichkeitsstörungen miteinander, besonders auf der Achse der Schwere. Abbildung 28-1 fasst die Beziehungen zwischen ihnen zusammen.

Relevante Forschung

Es gibt eine Reihe von Untersuchungen zu Kernbergs integrativem Objektbeziehungsmodell der Persönlichkeit und Persönlichkeitspathologie. Bereits Mitte der 1980er Jahre begannen Oldham, Clarkin et al. (1985) mit der Entwicklung eines Selbsteinschätzungsverfahrens, um relevante Aspekte der Persönlichkeitsorganisation zu ermitteln. Dieses Selbsteinschätzungsverfahren umfasst drei Subskalen, welche die drei Kernaspekte der Persönlichkeitsorganisation repräsentieren, nämlich Identitätsdiffusion, primitive Abwehrmechanismen und Probleme mit der Realitätsprüfung. Eine anfängliche Untersuchung dieser Subskalen ergab, dass sich damit zwischen gesunden Kontrollgruppen und psychiatrischen Patienten sowie zwischen psychotischen, Borderline- und neurotischen Diagnosegruppen unterscheiden lässt (Oldham, Clarkin et al. 1985). Diese Maßnahme wurde durch die Entwicklung und die Einbeziehung weiterer Zweitskalen verfeinert, um andere Funktionskomponenten der Persönlichkeit wie Aggression, moralische Werte und verschiedene Persönlichkeitsstile (z. B. narzisstisch oder paranoid) zu messen. Daraus entstand das »Inventar zur Persönlichkeitsorganisation«, das aus insgesamt 155 Items besteht (»Inventory of Personality Organization«, IPO; Kernberg u. Clarkin 1995; s. Kap. 29).

Seitdem wurde das »Inventar zur Persönlichkeitsorganisation« in mehreren Untersuchungen dazu verwendet, um eine Beziehung zwischen Persönlichkeitsorganisation, Psychopathologie und der Persönlichkeitsdysfunktion herzustellen. Beispielsweise konnten Hoermann, Clarkin et al. (2005) nachweisen, dass die Unterschiede zwischen Borderline-Patienten auf der Dimension des Temperaments in Bezug auf »Effortful Control« mit den durch das »Inventar zur Persönlichkeitsorganisation« gemessenen Unterschieden hinsichtlich der Identitätsdiffusion und der primitiven Abwehr verbunden waren. Ebenso fanden Vermote, Fonagy et al. (2009), dass die Ergebnisse des »Inventars zur Persön-

lichkeitsorganisation« bei stationären Psychatriepatienten positiv mit Selbstverletzung, Angst, Depression und Wut assoziiert waren. Darüber hinaus zeigen die Forschungsergebnisse auf der Basis der Skalen des »Inventars zur Persönlichkeitsorganisation« einen Unterschied zwischen Borderline-Patienten und Patienten mit einer Major Depression (Walter, Berth et al. 2009) sowie zwischen Personen mit oder ohne Persönlichkeitsstörung (Kraus, Dammann et al. 2004). Das »Inventar zur Persönlichkeitsorganisation« zeigte außerdem theoretisch angemessene Korrelationen mit anderen problematischen Persönlichkeitstraits und psychiatrischen Symptomen. Eine Subskala der gestörten Realitätsprüfung zum Beispiel hat sich bei psychiatrischen Patienten und nichtklinischen Kontrollpersonen als guter Prädiktor dissoziativer Symptome erwiesen (Spitzer, Barnow et al. 2006a; s. Kap. 38). So fanden Pincus, Ansell et al. (2009) unter Verwendung einer nichtklinischen Untersuchungsgruppe, dass die Subskalen des »Inventars zur Persönlichkeitsorganisation« stark mit pathologischem Narzissmus, einem in Kernbergs Modell mit der Borderline-Persönlichkeitsorganisation assoziierten Persönlichkeitsstil, korrelierten. Des Weiteren wurde das »Inventar zur Persönlichkeitsorganisation« dazu verwendet, um bei Borderline-Patienten strukturelle Persönlichkeitsveränderungen durch eine Psychotherapie zu erfassen (Arntz u. Bernstein 2006; Giesen-Bloo, van Dyck et al. 2006).

Zusätzlich zum ursprünglichen englischsprachigen »Inventory of Personality Organization« gibt es mittlerweile auch andere Sprachversionen: Igarashi, Kikuchi et al. (2009) entwickelten und testeten eine japanische Kurzversion mit psychometrisch einwandfreien Subskalen zur Messung von Identitätsdiffusion, Problemen mit der Realitätsprüfung, primitiven Abwehrmechanismen, Aggression und moralischen Werten. Eine französischsprachige Kurzversion entspricht einer theoretisch angemessenen Faktorenstruktur einer großen Stichprobe aus Québec (Normandin, Sabourin et al. 2002). Berghuis, Kamphuis et al. (2009) führten für die holländische Version eine explorative Faktorenanalyse der drei Hauptskalen sowie der Subskalen für moralische Werte und Aggression durch und stellten vier Faktoren fest: die allgemeine Psychopathologie, Probleme mit der Realitätsprüfung, Aggression und Sadismus. Dabei wurde nicht zwischen einer stationär behandelten Gruppe und einer gesunden Kontrollgruppe unterschieden. Unabhängig davon haben schließlich Smits, Vermote et al. (2009) eine holländische Kurzversion ausgearbeitet, die ebenfalls eine faktorielle Invarianz zwischen der klinischen und der Kontrollgruppe aufwies. Eine konfirmatorische Faktorenanalyse könnte bedeuten, dass für die drei Hauptskalen ein Zwei-Faktoren-Modell passt, bei dem Identitätsdiffusion und primitive Abwehr in einem Faktor zusammengefasst und die Realitätsprüfung einen eigenen, zweiten Faktor darstellt.

Kernbergs Theorie beschäftigt sich weiterhin mit der Validität und Differenzierung der Identitätsdiffusion, primitiven Abwehrmechanismen und der defizitären Realitätsprüfung. Die Frage ist, ob diese Aspekte der Persönlichkeitsorganisation voneinander getrennt und mit theoretisch voraussagbaren externen Entsprechungen verbunden sind. Dazu führten Lenzenweger, Clarkin et al. (2001) einen vorläufigen Test im Kontext der allgemeinen psychometrischen Untersuchung der drei Hauptskalen des »Inventars zur Persönlichkeitsorganisation« durch. Bezüglich der Testskalen für Identitätsdiffusion, primitive Abwehrmechanismen und gestörte Realitätsprüfung fand sich nicht nur eine hohe interne Übereinstimmung (Cronbachs α -Werte reichten von 0,81 bis 0,88), sondern es fanden sich auch hohe Interkorrelationen. In Übereinstimmung mit Kernbergs Theorie gab es zwischen primitiver Abwehr und Identitätsdiffusion die stärkste Beziehung ($r = 0,82$ in Studie 1, $r = 0,83$ in Studie 2), während die anderen Skalen mittlere bis hohe Interkorrelationen aufwiesen (primitive Abwehr mit gestörter Realitätsprüfung: $r = 0,65$ und $r = 0,76$; Identitätsdiffusion mit gestörter Realitätsprüfung: $r = 0,62$ und $r = 0,73$). Eine konfirmatorische Faktorenanalyse deutete außerdem eine enge Beziehung zwischen Identitätsdiffusion und primitiver Abwehr an. Die Autoren testeten ein Drei-Faktoren-Modell (entsprechend der Identitätsdiffusion, der primitiven Abwehr und der gestörten Realitätsprüfung) gegen ein Zwei-Faktoren-Modell (Identitätsdiffusion und primitive Abwehr in einem Faktor zusammengefasst). Obwohl der Fit des Drei-Faktoren-Modells beim χ^2 -Differenztest größer ist als der des Zwei-Faktoren-Modells, sind bei anderen Fit-Indizes beide gleich groß. Daraus schlossen Lenzenweger, Clarkin et al. (2001), dass das Zwei-Faktoren-Modell eine bessere Kombination aus Modell-Fit und -Sparsamkeit als das Drei-Faktoren-Modell sei.

Kürzlich haben Ellison und Levy (in Review) die Faktorenstruktur und Kriterienrelationen der Hauptskalen des »Inventars zur Persönlichkeitsorganisation« getestet, wobei sie eine konfirmatorische Faktorenanalyse und eine hierarchische lineare Regression mit einer groß angelegten nichtklinischen Stichprobe verwendeten. Die Teilnehmer ($N = 1322$) füllten den Fragebogen aus und bewerteten sich selbst in Bezug auf Klarheit, Abwehr, Affekt und emotionale Regulation sowie riskantes und selbstverletzendes Verhalten. Im Unterschied zu Lenzenweger, Clarkin et al. (2001) zeigten die Resultate der Faktorenanalyse für das Drei-Faktoren-Modell einen ausgezeichneten Fit für die Daten des »Inventars zur Persönlichkeitsorganisation«. Außerdem ergaben sich für separate Subskalen differenzielle Muster kriterienbezogener Validität. Zur Messung des Selbstbildes in einer hierarchischen Regressionsanalyse zeigte die Subskala für Identitätsdiffusion eine inkrementelle Validität über die Subskala für primitive Abwehr. Auch die Werte der Subskala für primitive Abwehr übertrafen die der Sub-

skala für Identitätsdiffusion. Diese Ergebnisse belegen die Validität des »Inventars zur Persönlichkeitsorganisation« als dreiteiligen Messstab der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Form dreier Subskalen für Identitätsdiffusion, primitive Abwehr und Realitätsprüfung.

Zu ähnlichen Resultaten bezüglich der Kriterienrelationen kam das »Strukturierte Interview der Persönlichkeitsorganisation« (STIPO; Clarkin, Caligor et al. 2003; Stern, Caligor et al. 2010; s. Kap. 29). In einer klinischen Stichprobe wiesen die Forscher nach, dass die im »Strukturierten Interview der Persönlichkeitsorganisation« operationalisierten Faktoren Identität und primitive Abwehr intern konsistent sind und als zuverlässig gelten. Laut der Ergebnisse für die Validität ist die Identitätsdiffusion ein Anzeichen für stark negative und schwach positive Affekte, während die primitive Abwehr ein Anzeichen für Aggression und Traits der Cluster-B-Persönlichkeitsstörung ist. Und schließlich konnten Doering, Hörz et al. (2010) zeigen, dass das »Strukturierte Interview der Persönlichkeitsorga-

nisation« bei Patienten unter Übertragungsfokussierter Psychotherapie im Gegensatz zu Patienten, die von erfahrenen Sozialarbeitern behandelt wurden, signifikante Veränderungen aufweist, was auf den Wert des »Strukturierten Interviews der Persönlichkeitsorganisation« als Messinstrument für therapeutische Veränderungen hindeutet. Die Erkenntnisse in Bezug auf das »Strukturierte Interview der Persönlichkeitsorganisation« und das »Inventar zur Persönlichkeitsorganisation« unterstreichen die Wichtigkeit des Kernberg-Modells.

Fazit

Aus all dem können wir schließen, dass in unserem vorliegenden Modell der Borderline-Persönlichkeitsorganisation das psychopathologische und klinisch relevante Wissen über Persönlichkeitsstörungen integriert ist.