

Nonverbales Verhalten von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Cord Benecke & Gerhard Dammann

1. Einleitung

Nach einer kurzen Übersicht über die Modelle zur Borderline-Persönlichkeitsstörung, deren gemeinsamer Kern in einer Affektregulationsstörung besteht, werden die Ergebnisse einer Studie zum mimisch-affektiven Verhalten von Borderline-Patientinnen berichtet. Im Anschluss daran wird in drei Einzelfallbetrachtungen versucht, die Daten in einen klinisch sinnvollen Zusammenhang und psychodynamischen Verstehenshintergrund zu stellen. Dazu werden auch Angaben zum Blickverhalten und zur sprachlichen Einbettung der Affektmimik herangezogen.

2. Borderline als Affektregulationsstörung

Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) imponieren durch eine vielfältige und zum Teil sogar wechselnde Symptomatik. In der aktuellen DSM IV-Klassifikation werden für die kategoriale Diagnose einer BPS fünf von neun Kriterien vorausgesetzt. Zahlreiche Studien wurden durchgeführt, die durch die diagnostischen Unsicherheiten forciert, die Kernsymptome der BPD weiter untersuchten. In der Mehrheit dieser Studien wurden mit unterschiedlicher Gewichtung folgende drei psychopathologischen Kriterien als Kernsymptome bezeichnet: Instabile Beziehungsmuster, Instabile Affektivität sowie gestörte Identität. Clarkin et al. (1993a) konnten faktorenanalytisch drei Gruppen von BPD identifizieren: Identitätsstörungen mit innerer Leere und instabilen Beziehungen als ersten Faktor, den labilen Affekt mit Wut und Suizidalität als zweiten Faktor und die Impulsivität als dritten Faktor. Die Definition von relevanten Untergruppen spielen bei Borderline-Patienten sowohl für die Diagnosestellung (Clarkin et al., 1993b; Russ et al., 1993) wie auch für den natürlichen Verlauf (Stone, 1990) und den Therapieprozess eine größere Rolle (Clarkin et al., 1994; Diamond et al., 1999).

Gegenwärtig gibt es eine Reihe konkurrierender Modelle zur Erklärung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die dieses Störungsbild jeweils entweder als strukturelle Störung im Bereich der Persönlichkeitsorganisation, schwere Neurose, als chronisch komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, als biosozial bedingte Emotionsregulationsstörung, als atypische affektive oder Angststörung oder als Störung im Bereich der Reflexiven Kompetenz (Mentalisierung) konzeptualisieren (im Über-

blick siehe: Dammann, 2001). In jüngster Zeit gab es zudem Hinweise auf neurobiologische Funktionsdefizite im limbischen System dieser Patienten, die die gestörte emotionale Reagibilität miterklären könnten (Herpertz et al., 2001).

Kleinster gemeinsamer Nenner all dieser Modelle scheint eine *Affektregulationsstörung* zu sein, bei der das Dominieren negativer Affekte, zum Teil eine Anhedonie und eine mangelnde Affektkontrolle beschrieben werden. Insgesamt scheinen Borderline-Patienten mit zentraler Störung der Affektivität auch mehr Kriterien für BPD zu erfüllen als diejenigen Patienten, bei denen die Affektintensität und Affektkontrolle weniger beeinträchtigt ist (Yen et al., 2002). Die Erkrankung dieser Patienten wird deshalb klinisch auch häufig als schwerer eingeschätzt.

Über die Ursprünge der gestörten Affektivität bestehen unterschiedliche Auffassungen, ebenso darüber, welcher Affekt für die Störung zentral ist. So geht Kernberg (1975) von einer konstitutionell erhöhten Aggression aus und betont die Affekte Wut und Hass, während Dulz (1999; 2000) diffuse Angst, entstanden aufgrund von schweren Traumatisierungen, als affektive Kernproblematik sieht und die Aggression als reaktive Abwehr betrachtet (vgl. auch Hoffmann, 2000).

Nach psychoanalytischer Auffassung ist die Abwehr bei Borderline-Patienten zentriert um sog. unreife oder primitive Mechanismen, wie Spaltung, Idealisierung und Entwertung, Verleugnung und projektive Identifikation (Kernberg, 1975; Rohde-Dachser, 1979; Clarkin et al., 1999), sowie verschiedene Formen der Affektabwehr (z.B. Herstellung von Affektlosigkeit oder Ersetzung von Angst durch Wut; Hoffmann, 2000). Mit Hilfe dieser Abwehrmechanismen wird versucht, die ansonsten überwältigenden Affektzustände zu regulieren. So ist die projektive Identifikation dadurch gekennzeichnet, dass im Gegenüber die projizierten Anteile induziert werden, der Patient dadurch von diesen Anteilen entlastet ist und sie gleichzeitig gewissermaßen im anderen kontrollieren kann (Ogden, 1988). Die jeweiligen Sozialpartner werden so in die Affektregulation interaktiv eingebunden, was meist in einem weiteren Kernsymptom mündet, der tief greifenden Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen. Die Inszenierungen innerhalb der Beziehungen gestalten sich hier meist sehr drastisch, weil bei diesen Patienten ein „mentaler Puffer“, eine „innere Bühne“ zur intrapsychischen Verarbeitung der jeweiligen Konflikte nur unzureichend ausgebildet ist. Das Fehlen dieser inneren Bühne als Puffer für konflikthafte Spannungen und Impulse bewirkt, dass diese direkt agiert werden müssen, da ein inneres Phantasiesystem, das ein mentales Probedenken und eine Symbolisierung erlauben würde, entweder fehlt oder nicht zum Einsatz kommen kann (Heigl-Evers et al., 1993; Krause, 1997; Fonagy et al., 2002; Dammann, 2003).

Aus einer psychodynamischen Sichtweise besteht eine wesentliche Herausforderung darin, Triebtheorie, psychoanalytische Objektbeziehungstheorie und moderne Affektforschung miteinander in Verbindung zu setzen (Kernberg, 2002). Insbesondere in modernen Weiterentwicklungen der Fairbairnschen Objektbeziehungstheorie (beispielsweise David E. Scharff) drohte die Triebtheorie ganz durch die Objektbeziehungstheorie ersetzt zu werden. Kernberg hält einerseits an Freuds dualer Triebtheorie fest, betont jedoch dabei, dass die Affekte (zusammen mit primitiven, affektiv besetzten Objektbeziehungen), die letztlich triebkonstituierenden Komponenten sind. Er weist aber auch darauf hin, dass bei einem Primat der Affektforschung wiederum die

Bedeutung unbewusster Phantasien für die psychische Entwicklung des Menschen unterschätzt werden könnte.

3. Gegenübertragung

Besonders bei Patienten mit schwereren strukturellen Störungen (Borderline-Persönlichkeitsorganisationen) handelt es sich bei den zum Teil heftigen Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen (Gabbard & Wilkinson, 1994) letztlich um Formen unbewussten Agierens, d.h. um Wiederholungen pathologischer und nicht bewältigter internalisierter Beziehungserfahrungen.

Die Gegenübertragung entsteht dabei als Folge der Übertragungsbeziehung (Kernberg, 2002), beispielsweise durch projektiv-identifikatorische, stark idealisierende oder entwertende Abwehrmechanismen, wobei zumeist ein Selbst- und Objektanteil unter dem Zeichen eines vorherrschenden Affekts aktiviert wird, während andere Teile abgespalten deaktiviert werden (Ermann, 2001). Entsprechend nimmt die Gegenübertragung in der Regel eine stark polare Gestalt zum Übertragungsgeschehen ein, die sich besonders in den bereits von Racker (1958) beschriebenen Typen der stark komplementären (Therapeut empfindet und erlebt das Gegenteil des Vom-Patienten-Kommenden) und der stark konkordanten Gegenübertragung (Therapeut empfindet synchron das Gleiche wie der Patient) äußert. Insbesondere von Krause (1997) wurde darauf hingewiesen, dass die konkordante „Gleichschaltung“ des Therapeuten mit einem schlechteren Therapie-Outcome verbunden zu sein scheint, während Therapeuten, die sich dieser Synchronisierungstendenz entziehen können, den Patienten ermöglichen, bislang abgewehrte Objektbeziehungen in die Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung zu bringen, und dadurch einen veränderungswirksamen therapeutischen Prozess in Gang bringen. Neben den konkordanten und komplementären Gegenübertragungsmustern, die sich entsprechend in reziproken oder komplementären (hedonischen bzw. anhedonischen) dyadischen affektiven Mustern zwischen Patient und Therapeut manifestieren könnten, spielen nach unserer Erfahrung auch andere massive unbewusste Gegenübertragungssphänomene bei Borderline-Patienten eine größere Rolle, die sich zum Beispiel in einem starken Gefühl von Leere, „Nicht-Denken-Können“ oder einem „weißen Rauschen“ (Green & Donnet, 1973) manifestieren und als Ausdruck der „Desobjektalisierungstendenzen“ dieser Patienten (Green, 1993), ihrer „attacks on linking“ (Bion, 1959) zu verstehen sind.

4. Mimisch-affektives Verhalten von Borderline-Patientinnen

Eingedenk der zentralen Störung der Affektivität und den damit einhergehenden massiven Beziehungsproblemen, die häufig wiederum Auslöser von weiteren Symptomhandlungen (Selbstverletzungen, Suizidhandlungen, Drogenkonsum etc.) sind und auch innerhalb der Behandlungen ein schwer wiegendes Problem darstellen, weil es häufig zu heftigem Agieren und Abbrüchen kommt, liegt es nahe, das nonverbale, affektive Verhalten von Borderline-Patienten in realen Interaktionen zu untersuchen.

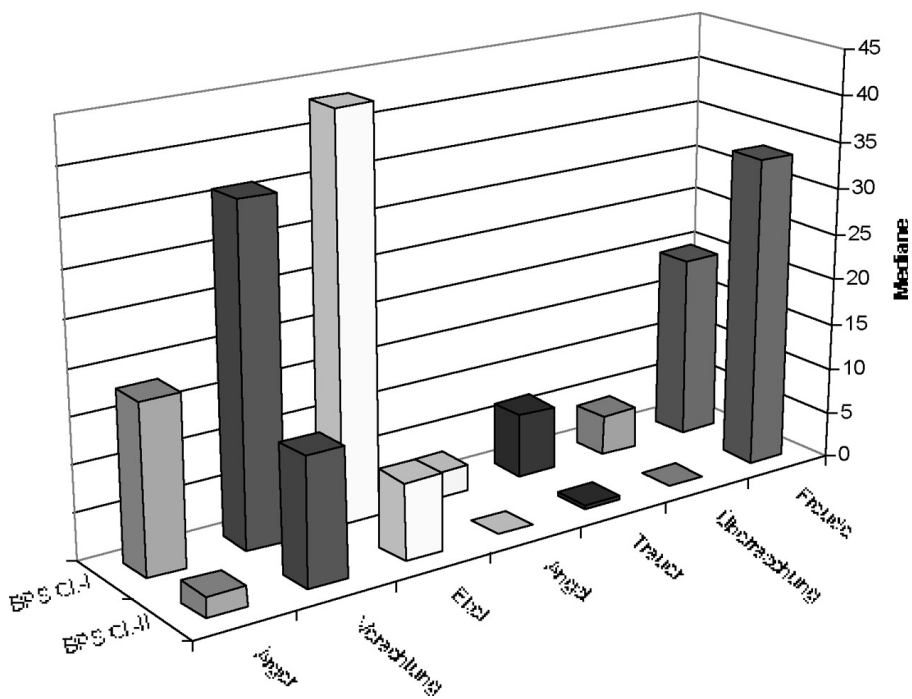
Eine kurze Darstellung des Konzeptes der Basisaffekte und ihrer Bedeutung für die Beziehungsgestaltung findet sich in Benecke & Krause (in diesem Band).

In einer Pilotstudie (Benecke & Dammann, 2003) wurde das mimisch-affektive Verhalten von 13 Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung während eines Strukturellen Interviews nach Kernberg (1981) mittels EmFACS (Friesen & Ekman, 1984) erfasst. Alle 13 Patientinnen erfüllen die DSM-IV-Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (erhoben mit dem SCID-II-Interview) sowie die kernbergischen Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation.

Wir erwarteten, dass sich das in der Literatur beschriebene Dominieren negativer Affekte bei Borderline-Patienten im mimisch-affektiven Verhalten auch innerhalb einer Interview-Situation zeigt. Zudem sollten die Zusammenhänge einzelner Affekte, als Hinweis auf Affektdynamiken, untersucht werden.

Entsprechend den Erwartungen zeigen die Borderline-Patientinnen insgesamt sehr häufig Ärger, Verachtung und Ekel, teilweise mit extrem hohen Werten, insbesondere bei Verachtung. Allerdings sind auch Freude-Expressionen recht häufig. Angst wird selten gezeigt, ebenso Überraschung und Trauer. Die Mimikhäufigkeiten weisen durchweg hohe Streuungen auf. Erfahrungsgemäß können Affektexpressionen nicht über längere Zeit bewusst gesteuert werden und geben so Einblick in unbewusste und nonverbal wirksame Prozesse der Psychotherapie.

Abbildung 1: Mediane der mimischen Primäraffekt-Expressionen der Patientinnen der beiden Cluster (auf 50 min. umgerechnet, Werte gerundet).



Die starke Heterogenität im mimischen Affektausdruck legte es nahe, zu untersuchen, ob sich anhand der Mimik Subgruppen identifizieren lassen. Hierzu wurde eine hierarchische Clusteranalyse durchgeführt. Als Ergebnis ergibt sich eine klare Zwei-Cluster-Lösung; beide Cluster enthalten (nach Eliminierung eines „Ausreißers“) jeweils 6 Patientinnen. Die Mediane der Mimik-Häufigkeiten in den beiden Clustern sind in Abb. 1 dargestellt.

Cluster-II-Borderline-Patientinnen zeigen insgesamt signifikant weniger Affektausdrücke, insbesondere signifikant weniger Überraschung, Angst, Ärger und Ekel, und tendenziell weniger Verachtung. Die Unterschiede bei Freude und Trauer verfehlen die Signifikanzgrenze.

Die Cluster-I-Borderline-Patientinnen weisen die postulierte Häufigkeitsverteilung auf, mit einem Dominieren der „aggressiven“ Affektausdrücke, insbesondere kristallisiert sich hier als Leitaffekt Ekel heraus.

Cluster-II-Patientinnen zeigen als Leitaffekt Freude, gefolgt von Verachtung; ansonsten findet sich hier eher ein weitgehender Ausfall von mimisch-affektivem Verhalten. Die Häufigkeitsverteilung der mimischen Affektausdrücke der Cluster-II-Borderline-Patientinnen entspricht damit in etwa der Verteilung der Cluster-II-Panik-Patientinnen (vgl. Benecke & Krause in diesem Band).

Zur Untersuchung etwaiger intrapsychischer Affektdynamiken wurden die Mimikhäufigkeiten innerhalb der Patientinnen-Gruppe miteinander korreliert. Dabei ergaben sich folgende signifikante bzw. tendenziell signifikante Zusammenhänge.

Tabelle 1: Korrelationen der Mimikhäufigkeiten innerhalb der Borderline-Patientinnen ($n = 13$; nichtparametrische Korrelationen: Spearman-Rho 2-seitig).

| Affektmimik | | | | |
|--------------|------------|--------|--------|--------------|
| | Verachtung | Ekel | Angst | Überraschung |
| Ärger | + .58* | + .62* | + .53+ | + .71** |
| Ekel | | | + .59* | + .87** |
| Überraschung | | | + .68* | |
| Freude | - .74** | | - .49+ | |

Innerhalb der Patientinnengruppe korreliert Angst tendenziell positiv mit Ärger, signifikant positiv mit Ekel und Überraschung, sowie tendenziell negativ mit Freude. Ärger korreliert signifikant positiv mit Verachtung, mit Ekel und mit Überraschung. Weiter findet sich eine signifikant positive Korrelation zwischen Ekel und Überraschung und eine signifikant negative zwischen Verachtung und Freude. Trauer ist als einziger Affektausdruck ohne korrelative Einbindung.

Die Korrelationen der Mimikhäufigkeiten innerhalb der Patientinnen lassen sich als Hinweise auf intrapsychische Affektdynamiken lesen, die von Angst und den „aggressiven“ Affekten dominiert zu sein scheinen. Die gefundenen korrelativen Zusammenhänge lassen sich unter Rückgriff auf die oben beschriebenen klinischen Borderline-Modelle folgendermaßen interpretieren: Angst und Überraschung als Anzeichen

von Verunsicherung mobilisiert zur Abwehr negative Affekte, insbesondere Ärger und Ekel; gleichzeitig geht dies mit einer Reduktion von Freude einher. Es könnte auch sein, dass die Mobilisierung negativer, aggressiver Affekte für die Patientinnen bedrohlich ist und sich entsprechende Angst und Verunsicherung mimisch abbilden. Beide Interpretationen schließen sich nicht aus; es könnte sich um einen Teufelskreis aus sich gegenseitig aufschaukelnder Angst und Aggression handeln.

5. Einzelfallbetrachtungen

Abschließend sollen nun drei Patientinnen herausgegriffen und die Ergebnisse der Mimik-Analysen, inklusive eines Screenings des sprachlichen Kontextes (vgl. Benecke, 2002), mit anderen diagnostischen Daten in Verbindung gebracht werden.

Um die Funktion von Affekten innerhalb einer Interaktion verstehen zu können, ist es wichtig, den Referenzpunkt des jeweiligen Affektes zu kennen. Ein Affektausdruck kann sich direkt auf den aktuellen Gesprächspartner richten, auf das Selbst oder auf ein anderes mentales Objekt. Dem jeweiligen Referenz-Objekt (Interaktionspartner, Selbst, mentales Objekt) gelten entsprechend die dem Affekt inhärenten Bewertungen sowie die Handlungsankündigungen. Der Referenzpunkt eines mimischen Affektausdrucks lässt sich nicht aus dem Zeichen per se ablesen, sondern muss aus dem Kontext erschlossen werden. Eine wesentliche Kontextinformation ist die sprachliche Einbettung (Benecke, 2002).

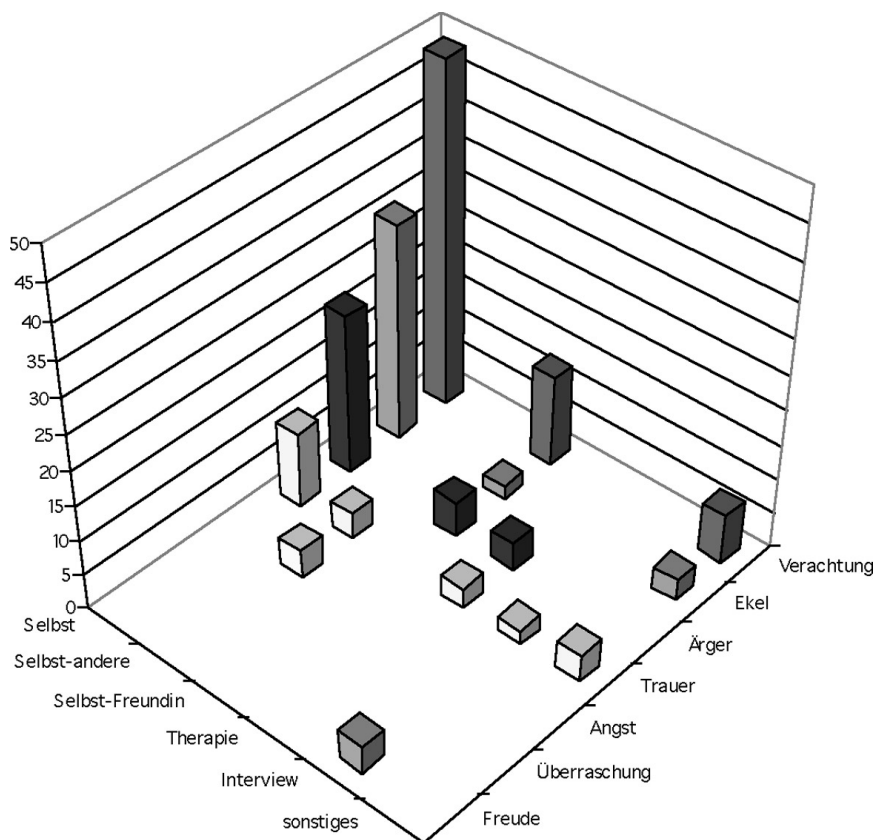
Die drei Patientinnen stellen in Bezug auf die Häufigkeitsverteilung der Mimik gewissermaßen Prototypen der beiden Cluster dar. Diese Einzelfallbetrachtungen dienen dem Versuch, zu klinisch sinnvollen Interpretationen zu gelangen.

Patientin 02 zeigt während des gesamten Interviews nur sechs negative Affektausdrücke, dafür aber fünfzigmal Freude; Angst, Trauer und Überraschung zeigt sie gar nicht; sie fällt damit in das Cluster-II. Die Freude-Expressionen sind völlig gleich über die verschiedenen Gesprächsinhalte verteilt. Diese Patientin kann durch eine schwere Identitätsproblematik gekennzeichnet werden. Sie ist nicht in der Lage andere Personen zu beschreiben; auf die Frage nach der wichtigsten Bezugsperson antwortet die (verheiratete) Patientin: „gibt's nicht“, „mir ist keiner so furchtbar wichtig“. Auch konnte sie keine Selbstbeschreibung abgeben („kann ich nicht“, „ich spiel' halt mal die Rolle und mal die“). Auf der Symptom-Ebene litt sie unter schweren Selbstverletzungen; sie hatte keinerlei Vorstellung darüber, was mit ihr passierte, wenn sie sich schnitt („keine Ahnung – das passiert halt einfach so“). Auch gab sie an, darunter zu leiden, dass sie die „Regeln“ des Umgangs zwischen Menschen nicht verstehe. Bei all dem wirkte sie extrem indifferent und trotz der vielen Freudeexpressionen teilweise verloren. Die Vermutung liegt nahe, dass die negativen Affekte radikal abgewehrt werden, dass mit der Affektlosigkeit aber auch die mit den Affekten verbundenen Repräsentanzen der Patientin verloren gehen. Die mimische Affektlosigkeit korrespondiert mit einer Beziehungslosigkeit anderen und sich selbst gegenüber. Der Interviewer berichtet, dass er sich während des Interviews sehr verloren und hilflos gefühlt habe. Er habe einerseits die schwerwiegende Störung der Patientin und ihr Bedrohsein dadurch wahrgenommen, andererseits sei er an dem Versuch abgeprallt, mit ihr

überhaupt ein vertieftes Gespräch zu führen, während sie lächelnd immer wieder Beruhigungen und „Normalität“ ausdrückte.

Eine andere, schwer suizidale Patientin (Pat. 04) gibt an, unter Kontaktproblemen und Einsamkeit zu leiden; „normale Kommunikation“ empfinde sie als „irrsinnig anstrengend“; sie reagiere für sich selbst oft „unvorhersehbar“; es gab Vorbehandlungen aufgrund einer Essstörung. Die Patientin hat schwere frühkindliche Vernachlässigungen erlitten. Für den kurz vor dem Interview durchgeführten schweren Suizidversuch kann sie keinen Grund angeben, berichtet aber, dass sie bei früheren Suizidgedanken immer noch an Dinge gedacht habe, die noch zu erledigen seien oder an andere Menschen, diesmal habe sie „einfach nur an mich gedacht“. Die Patientin zeigt sehr viele negative Affekte, insbesondere Verachtung und Ekel, und fast keine Freude (entsprechend der Verteilung in Cluster-I).

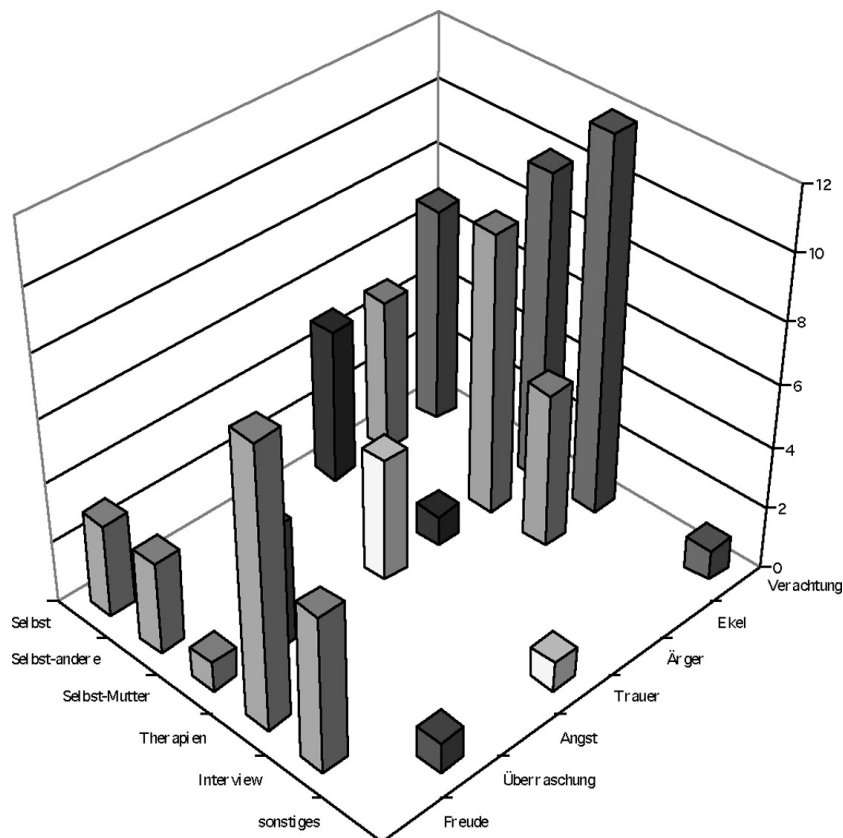
Abbildung 2: Affekt-Verteilung in Sprachinhalt, Pat. 04



Ein erstes Screening des sprachlichen Kontextes der negativen Affektausdrücke zeigt, dass die Patientin Verachtung und Ekelausdrücke vornehmlich dann zeigt, wenn sie über sich selbst spricht, häufig sogar zeitsynchron zum Aussprechen der Personalpro-

nomen „ich“, „mich“, „mir“. Während die Patientin Affektmimik zeigt, schaut sie den Interviewer so gut wie nie an. Das Interview ist gekennzeichnet von einer stark depressiven Stimmung; die Patientin ergeht sich in starken Selbstentwertungen und der unreflektierten Idealisierung ihrer besten Freundin. Die ausgeprägte negative Affektivität scheint sich bei dieser Patientin voll auf die Selbstrepräsentanz zu richten – sie betrachtet sich mit Abscheu und Verachtung, was dann im Suizid mündet. In der Gegenübertragung zeigen sich Gefühle der Besorgtheit, ein eigenes schlechtes Gewissen, das mit einer Mutter-Übertragungs-Gegenübertragung korrespondieren könnte, und ein starkes Anliegen, die negativen Affekte, die sich wie masochistisch ganz auf die eigene Person beziehen, in die Beziehung hineinzubringen.

Abbildung 3: *Affekt-Verteilung in Sprachinhalten, Pat 03*



Eine weitere Patientin (Pat 03) zeigt ebenfalls die für Cluster-I typische Häufigkeitsverteilung, mit einem Dominieren von Verachtung und Ekel und wenig Freude. Sie berichtet von mehreren leichteren Suizidversuchen und einer Abfolge von schwierigen und chaotischen Beziehungen, verbunden mit häufigen Orts- und Arbeitsplatzwechseln. Sie spiele häufig die „Power-Frau“, erlebe aber oft Angst, Verzweiflung,

Niedergeschlagenheit und Unwertgefühle. Andere Menschen seien oft anfangs von ihr fasziniert, merkten dann aber, wie anstrengend sie sei. In ihren Beziehungsschilderungen ist die Patientin teilweise widersprüchlich, bemüht sich aber um Integration; im Unterschied zu den anderen beiden Patientinnen finden sich hier deutliche Anzeichen für Reflexive Kompetenz.

Die Verachtung und Ekel-Expressionen verteilen sich bei dieser Patientin auf verschiedene Sprachinhalte, vornehmlich aber auf die Selbstbeschreibung, Beschreibung der Mutter und der vorherigen Therapeuten; Ekel erscheint zudem häufiger zeitgleich mit dem Personalpronomen („ich“; „sie“ beim Sprechen über die Mutter). Trauer tritt fast ausschließlich bei der Schilderung ihrer Beziehung zur Mutter auf.

20 % ihrer Affektausdrücke sind mit Hinblicken zum Interviewer verbunden; der Interviewer schaut allerdings häufiger weg, während die Patientin Affektmimik zeigt, was so verstanden werden könnte, dass er sich vor dem intensiven, schnell wechselnden und „anstrengenden“ Affektfeuerwerk der Patientin zu schützen versucht. Insgesamt wirkt das Interview sehr lebendig und es kommt zu plötzlichen Affektwechseln: So schimpft sie beispielsweise heftig über ihre Mutter (begleitet von intensiven Ekel-Expressionen), um einige Sekunden später weinend zu sagen, dass sie eine „sehr gute Beziehung“ zu ihrer Mutter habe. Die Affektivität dieser Patientin kann als instabil und impulsiv beschrieben werden, die schnell wechselnden Affekte bestimmen die kognitiven Repräsentanzen und umgekehrt. Bei dieser Patientin war die Gegenübertragung des Interviewers immer wieder – trotz der Dramatisierungstendenz der Patientin – von einem gewissen Gefühl der Langeweile geprägt, das mit der hysterischen Struktur zusammenhängt, aber auch der Gefahr, die Patientin nicht ernst zu nehmen oder sie fallen zu lassen.

6. Schlußbetrachtungen

Betrachtet man die spezifischen Funktionen, die den Affekten innerhalb der Emotionsforschung zugeschrieben werden (siehe Benecke & Krause, in diesem Band), dann lässt sich aus unseren Ergebnisse ein Verständnis der affektiven Dynamik der Patienten in den Subgruppen ableiten.

Zusammenfassend ergeben unsere vorläufigen Ergebnisse folgendes Bild: Patientinnen mit Borderline-Störungen zeigen in der Interviewsituation ein hohes Maß an negativer Affektmimik (insbesondere Verachtung und Ekel) und wenig Freude.

Die Patientinnen in Cluster I zeigten viel Ekel und Verachtung und wenig Freude. Ekel und Verachtung implizieren unterschiedliche Qualitäten von Objektbeziehungen. Der Ekel-Affekt impliziert eine „schlechtes“ Objekt in zu geringer Distanz zum Subjekt bzw. befindet sich das „schlechte“ Objekt schon „im“ Subjekt. Die hohe Anzahl von mimischen Ekel-Ausdrücken der Borderline-Patientinnen könnte somit den Versuch reflektieren, ein malignes Objekt bzw. Introjekt aus dem Subjektbereich auszustoßen. Der Verachtungsaffect beinhaltet die Überlegenheit des Subjektes und eine Entwertung des Objektes, das Referenz-Objekt des Affektes Verachtung wird als klein und nichtswürdig angesehen. Verachtung indiziert eine stärker narzisstische Problematik. Die Häufigkeit der Verachtungsexpressionen der Border-

line-Patientinnen könnte als Hinweis auf das Wirken einer Idealisierungs- und Entwertungsdynamik aufgefasst werden. Die Dominanz dieser Affekte zeigt das destruktive Potential dieser Patientinnen. Werden diese Affekte auf äußere Objekte gerichtet, zerstören sie unweigerlich die jeweiligen Beziehungen; richten sich die Affekte auf das Selbst, so kommt es zu schweren Depressionen, Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen, zumal hier durch den Wegfall der hedonistischen Affekte eine neutralisierende Komponente nicht verfügbar ist. Die destruktive Dynamik ist auf das Engste mit dem Angsteffekt verknüpft.

Die Einzelfallbetrachtungen der beiden Patientinnen des Clusters I legen weitere Differenzierungen nahe, je nachdem mit welchen Repräsentanzen die Affekte verknüpft sind. Richten sich die aggressiven Affekte stabil auf das Selbst, wie bei Patientin 04, so kommt es zu schweren Depressionen und Suizidhandlungen; entsprechend dem affektiven Typus von Clarkin (Clarkin et al., 1993a). Werden diese Affekte auf äußere Objekte gerichtet, zerstören sie unweigerlich die jeweiligen Beziehungen; verbunden mit einer affektiven Instabilität, wie bei der Patientin 03, entspricht dies dem impulsiven Typus (Clarkin et al., 1993a).

Die affektive Dynamik der Patientinnen im Cluster II stellt sich anders dar. Bei diesen Patientinnen ist bis auf Freude und Verachtung ein weitgehender Ausfall im Ausdrucksgeschehen zu verzeichnen. Die Einzelfallbetrachtung der Patientin 02 legt nahe, dass dies mit schwerem Identitätsverlust einherzugehen scheint, verbunden mit einem weitgehenden Ausfall der reflexiven Funktion. Es entsteht eine repräsentative Leere. Die Beziehungslosigkeit wird durch viel Freude zu kompensieren versucht, was aber auch aufgrund der gleichzeitig ausgedrückten distanzierenden Verachtungssignale nicht gelingt. Für die negativen Affekte besteht kein psychischer Raum und sie müssen projektiv-identifikatorisch beim Gegenüber untergebracht werden. Es kann vermutet werden, dass bei Misslingen dieser Regulation eine extreme aber diffuse Angstspannung entsteht, die wiederum nur mittels drastischer Aktivität, z.B. in Form von Selbstverletzungen, unterbrochen werden kann, wodurch sich dann gleichzeitig auch die destruktiven Affekte Ausdruck verschaffen.

Das Wirken dieser Affektdynamiken macht deutlich, warum die Behandlungen von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen besondere Anforderungen an die Psychotherapeuten stellen: Um eine veränderungswirksame therapeutische Beziehung zu etablieren, müssen die Affekte in eben diese Beziehung eingebunden werden, was diese Beziehung gleichzeitig wieder zu zerstören droht, durchaus auch von Seiten des Therapeuten, der bei diesen Patienten regelmäßig an die Grenzen der eigenen Affektregulierungsfähigkeiten gerät.

Literatur

- Benecke, C. (2002). *Mimischer Affektausdruck und Sprachinhalt. Interaktive und objektbezogene Affekte im psychotherapeutischen Prozess*. Bern: Lang.
- Benecke, C. & Dammann, G. (2003). Facial affective behavior of patients with borderline personality disorder. Submitted to *Psychotherapy Research*.

- Bion, W. R. (1959) Attacks on Linking, *International Journal of Psycho-Analysis*, 40, 308–315.
- Clarkin, J. F., Hull, J. W. & Hurt S. W. (1993a). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7, 137–143.
- Clarkin, J. F., Hull, J. W., Cantor, J. & Sanderson, C. (1993b). Borderline personality disorder and personality traits: A comparison of SCID–II BPD and NEO-PI. *Psychological Assessment*; 5, 472–476.
- Clarkin, J. F., Hull, J., Yeomans, F., Kakuma, T., & Cantor J. (1994). Antisocial traits as modifiers of treatment response in borderline patients. *Journal of Psychotherapy Research and Practice*, 3, 307–312.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. New York: Wiley.
- Dammann, G. (2001). Bausteine einer allgemeinen Psychotherapie der Borderline-Störungen. In G. Dammann & P. L. Janssen (Eds.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen* (pp. 232–257). Stuttgart: Thieme.
- Dammann, G. (2003). Borderline personality disorder and theory of mind: An evolutionary perspective. In M. Brüne, H. Ribbert & W. Schiefenhövel (Eds.), *The social brain: Evolution and pathology* (pp. 373–417). Chichester: Wiley.
- Diamond, D., Clarkin, J. F., Levine, H., Levy, K., Foelsch, P. & Yeomans, F. (1999). Borderline conditions and attachment: A preliminary report. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 831–884.
- Dulz, B. (1999). Wut oder Angst – welcher Affekt ist bei Borderline-Störungen der zentrale? *Persönlichkeitsstörungen – Theorie u. Therapie*, 3, 30–35.
- Dulz, B. (2000). Der Formenkreis der Borderline-Störungen: Versuch einer Systematik. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (eds.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (pp. 57–74). Stuttgart: Schattauer.
- Ermann, M. (2001). Gegenübertragungsprozesse in der psychoanalytischen Borderline-Behandlung. In G. Dammann & P. L. Janssen (Eds.), *Psychotherapie der Borderline-Störungen* (pp. 51–58). Stuttgart: Thieme.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other.
- Friesen, W. V. & Ekman, P. (1984). *EMFACS-7*. Unpublished manual.
- Gabbard, G. O. & Wilkinson, S. M. (1994) *Management of countertransference with borderline patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Green, A. & Donnet, J. L. (1973). *Enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien: La psychose blanche*. Paris: Minuit.
- Green, A. (1993). Todestrieb, negativer Narzißmus, Desobjektalisierungsfunktion. *Psyche*, 55, 869–877.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. S. & Ott, J. (1993). Abriß der Psychoanalyse und der analytischen Psychotherapie. In A. Heigl-Evers, F. S. Heigl & J. Ott (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (pp. 1–307). Stuttgart: G. Fischer.
- Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Erberich, S. G., Krings, T., Thron, A., & Sass, H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 50, 292–298.

- Hoffmann, S. O. (2000). Angst – ein zentrales Phänomen in der Psychodynamik und Symptomatologie des Borderline-Patienten. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Eds.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (pp. 227–236). Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O. F. (1981). Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 169–195.
- Kernberg, O. F. (2002) *Affekt, Objekt und Übertragung. Aktuelle Entwicklungen der psychoanalytischen Theorie und Technik*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krause, R. (1997). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 1: Grundlagen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (1998). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Bd. 2: Modelle*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ogden, T. H. (1988). Die projektive Identifikation. *Forum der Psychoanalyse*, 4, 1–21.
- Racker, H. (1968). *Transference and counter-transference*. New York: International Universities Press.
- Rohde-Dachser, C. (1979). *Das Borderline-Syndrom*. Stuttgart: Huber.
- Russ, M. J., Shearin, E. N., Clarkin, J. F., Harrison, K. & Hull, J. W. (1993). Subtypes of self-injurious borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1869–1871.
- Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford.
- Yen, S., Zlotnick, C. & Costello, E. (2002). Affect regulation in women with borderline personality disorder traits. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 693–696.