

Veränderung der Bindung und der Reflexionsfunktion bei Borderline-Patienten mit und ohne komorbide narzisstische Persönlichkeitsstörung in der übertragungsfokussierten Psychotherapie¹

Diana Diamond, Ph.D., John F. Clarkin, Ph.D., Kenneth N. Levy, Ph.D., Kevin B. Meehan, Ph.D., Nicole M. Cain, Ph.D., Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D., und Otto F. Kernberg, M.D.

¹ Diamond, D., Clarkin, J., Levy, K., Meehan, K., Cain, N., Yeoman, F., & Kernberg, O. (2014). Change in attachment and reflective function in borderline patients with and without narcissistic personality disorder in transference focused psychotherapy. *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 175-210. Übersetzt von M. Gram & H. Kächele (International Psychoanalytic University Berlin)

Zusammenfassung:

In der Forschung wurde immer wieder eine hohe Komorbidität zwischen der narzisstischen Persönlichkeitsstörung (NPS) und der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gefunden. Aufgrund des komplexen klinischen Krankheitsbildes, welches intensives abwertendes und ausnutzendes Verhalten sowie unverhältnismäßig hohe Ansprüche aufweist, stellen betroffene Patienten oft eine erhebliche Herausforderung für Kliniker dar.

Jedoch weist die Literatur zur Identifizierung der klinischen Charakteristika der NPS/BPS-Patienten erhebliche Lücken auf.

In diesem Artikel präsentieren wir neuste Forschung, die Patienten mit komorbider NPS/BPS mit Patienten mit BPS ohne NPS aus zwei randomisierten klinischen Studien für die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen vergleicht, mit einem Schwerpunkt auf dem Bindungsstatus und der Mentalisierungsfähigkeit.

Unsere Diskussion über diese Patienten stützt sich auf Objektbeziehungen und die Bindungstheorie. Wir beschreiben zudem unseren Behandlungsansatz, die übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP).

Für unsere Schlussfolgerungen verwenden wir Fallmaterial, um unsere Forschungsergebnisse zu veranschaulichen und die signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit einer NPS/BPS und einer BPS/ohne NPS in Bezug auf ihre Bindungsklassifikation hervorzuheben.

Einleitung

Nach einigen Jahren ambulanter Behandlung sagte ein ehemaliger hochgradig suizidaler Patient mit einer gleichzeitig narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörung: „Mir geht es schon besser, aber ich kann es mir nicht eingestehen, denn Ihr Erfolg spricht für mein Scheitern.“ Ein anderer Patient, der die Therapie aufgrund einer Beziehungskrise aufgesucht hatte, begann mit der Aussage, dass er der Überzeugung sei, der Therapeut könne ihm nichts sagen, was er nicht schon selbst von sich wisse, so wie es auch schon in seiner vierjährigen Analyse zuvor gewesen sei. Ähnlich verhielt es sich mit einem Patienten, der seinen Therapeut mit den Worten tadelte: „Ich habe mich im Internet informiert und ich habe das Gefühl, Sie reden nicht genug über meinen Narzissmus.“ Solche, von intensiven und äußerst produktiven Behandlungen stammenden Aussagen betonen, welche enorme klinische Herausforderung Patienten mit gleichzeitig auftretender narzisstischer und Borderline-Symptomatik darstellen. Ihre Art, die Therapie zu entwerten, sich selbst als besonders und anspruchsvoll hervorzuheben und ihre Tendenz zu provozieren, zu verunsichern oder gar ihre Therapeuten zu erniedrigen, einhergehend mit ihrer hohen Abbruchrate (über 64% in nur einer Studie; Hilsenroth, Holdwick, Castlebury, & Blais, 1998) hat bei einigen zu der Vermutung geführt, dass diese Patienten kaum therapierbar seien und es sich bei ihnen wohl um die mit am schwierigsten zu behandelnden Patienten im Bereich der Persönlichkeitsstörungen handle. (Stone, 1990; Kernberg, 2007; Clemence, Perry & Plakun, 2009; Diamond, Yeomans & Levy, 2011).

Bei einem Versuch, die besonderen Herausforderungen besser zu verstehen, welche diese Patienten darstellen, haben sich Ärzte und zunehmend auch klinische Forscher auf die

unterschiedlichen und oft widersprüchlichen klinischen Bilder, die innere Komplexität und subjektive Not von Personen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung konzentriert (NPD; Levy, Reynoso, Wasserman, & Clarkin, 2007; Ronningstam, 2010, 2011; Levy, 2012). Die Fülle an Theorien und Behandlungsmethoden der narzisstischen Pathologie (Kohut, 1971, 1977; Kernberg, 1975, 1984, 1997, 2007; Bach, 1985), welche die unterschiedlichen Krankheitsbilder der NPS reflektieren, wurden in den aktuellen DSM-IV-Kriterien, welche offensichtlich das Großartigkeitsmerkmal als wesentliches Merkmal betonen ohne zu berücksichtigen, auf welche Weise sich dieses Symptom möglicherweise eingehüllt in Phantasien ausdrückt oder auch eine innere Not und Leid verschleiert, heruntergespielt. Heute herrscht allerdings Konsens darüber, dass die DSM-Kriterien nicht auf die Komplexität der Erscheinungsformen einer narzisstischen Pathologie eingehen oder darauf, wie sie sich in unterschiedlichen Schweregraden und im Kontext anderer Störungen äußert. Offensichtlich sind hier weitere Untersuchungen hinsichtlich der Theorie, der Diagnose sowie der Behandlung von NPS berechtigt (Ronningstam, 2011).

In diesem Artikel werden wir über eine neue Arbeit berichten, welche die Charakteristika von Patienten mit einer komorbiden narzisstischen und einer Borderline-Pathologie evaluiert, außerdem mögliche Abweichungen von dem symptomatischen und klinischen Krankheitsbild von Borderline-Patienten ohne narzisstischer Pathologie identifiziert, sowie die Frage behandelt, wie diese zusammen vorkommenden Persönlichkeitsmerkmale eine besondere Behandlungsherausforderung hinsichtlich des psychotherapeutischen Prozesses und Therapieerfolges darstellen könnten. Daten aus zwei randomisierten klinischen Studien (randomized clinical trials - RCT), bei denen die übertragungsfokussierte Psychotherapie mit drei weiteren Psychotherapien zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen verglichen wird (Dialektisch-behaviorale Therapie [DBT], supportive psychodynamische Therapie und die übliche Behandlung eines erfahrenen Klinikers; Levy et al., 2006; Clarkin, Levy, Lenzenweger, & Kernberg, 2007; Doering et al., 2010), konnten für die Studie von Charakteristika der Subgruppe der Borderline-Patienten mit komorbider narzisstischer Persönlichkeitsstörung herangezogen werden. Unsere Arbeit hat Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) mit und ohne komorbide narzisstische Persönlichkeitsstörung (NPS/BPS vs. BPS) auf mehreren Dimensionen, einschließlich der zusammen auftretenden Störungen der Achse 1 und Achse 2, nämlich Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten, Hospitalisierung, Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, verglichen.

Zusätzlich untersuchten wir zum weiteren Verständnis der mentalen Repräsentationen von Personen mit schwerwiegenden narzisstischen Pathologien mit der Skala zur Selbstreflexion (reflective function scale - RF) (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998) den Bindungsstatus (mit dem Erwachsenen-Bindungs-Interview [Adult Attachment Interview - AAI]; George, Kaplan, & Main, 1985) und die Mentalisierungsfähigkeit der Patienten (z.B. die Fähigkeit, Verhalten in Begriffen von intentionalen mentalen Zuständen, wie zum Beispiel Gefühlen, Motivationen und Überzeugungen zu verstehen; Fonagy, Gergeley, Target, & Jurist, 2002), und wie sie sich über den Zeitraum von einem Jahr veränderten. Als erstes werden wir in diesem Artikel unser Modell der narzisstischen Pathologie präsentieren, das auf Objektbeziehungen und der Bindungstheorie basiert und anschließend unsere Forschungsergebnisse und ihre Folgerungen auf das Verständnis und die Behandlung von Patienten mit einer komorbiden NPS/BPS mit dem Fokus auf unserem Behandlungsmodell, der übertragungsfokussierten Psychotherapie (Transference-Focused Psychotherapy - TFP), vorstel-

len. Nachfolgend werden die AAI-Daten zu zwei Fällen zusammengefasst, um die unterschiedlichen mentalen Bindungsrepräsentationen von Patienten mit NPS/BPS und BPS/ohne NPS zu veranschaulichen.

Hintergrund

Da die Konzepte von pathologischem Narzissmus und Borderline-Bedingungen zuerst von Psychoanalytikern wie Kernberg (1975), Kohut (1971, 1977), Bach (1985) und A. Stern (1986) identifiziert und systematisiert wurden, galt die narzisstische Pathologie generell als ein fundamentaler Aspekt von Borderline-Bedingungen, der darüber hinaus möglicherweise in allen Persönlichkeitsstörungen wiedergefunden werden könnte (Kernberg, 1975, 1984; Ronningstam, 2010; Bender, 2012).

Die Objektbeziehungstheorie, die ursprünglich die Konzeptualisierung sowohl der Borderline als auch der narzisstischen Störung bestimmte, geht davon aus, dass beide Störungen grundsätzliche strukturelle Kerneigenschaften gemeinsam haben. Darunter fallen etwa Beeinträchtigungen der Identität, des Selbst und des zwischenmenschlichen Funktionierens, sowie maladaptive Verhaltensmuster der mentalen Repräsentation des Selbst und der Anderen, Defizite in der Affektregulation und die Rückkehr zu „primitiven“ Abwehrstrategien für die unbewusste Regulierung von unerträglichen Zuständen des Selbst und der Affekte (Kernberg, 1975, 1984, 2009, 2010).

Weitere Studien haben nun auch eine theoretische Verknüpfung zwischen den Borderline- und narzisstischen Störungen herausgearbeitet. Eine Reihe von Studien zeigte hohe Komorbiditätsraten für NPS mit BPS zwischen 17% (Clarkin et al., 2007) und 80% (Pfohl, Coryell, Zimmermann & Stangl, 1986; siehe Levy et al., 2007, zur Nachprüfung).

Die neueste Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)-Studie, in der eine repräsentative Stichprobe von 35.000 Amerikanern über das Vorkommen von NPS-Symptomen in ihrem bisherigen Leben befragt wurde, ermittelte eine Prävalenzrate von 6,2% für NPS hervor, wovon 37% ebenso mit BPS diagnostiziert wurden. Des Weiteren wurden bei 62,9% der mit NPS diagnostizierten Befragten neben NPS auch noch weitere Persönlichkeitsstörungen festgestellt (Stinsen et al., 2008). Gunderson, Ronningstam und Smith (1995) legten dar, dass das gleichzeitige Auftreten von NPS mit anderen Persönlichkeitsstörungen 50% überstieg. Diese hohen Komorbiditätsraten weisen auf eine hohe Wahrscheinlichkeit dessen hin, dass Personen mit anderen Persönlichkeitsstörungen auch eine signifikante narzisstische Pathologie aufweisen. Dies würde dann sowohl das diagnostische und klinische Bild des Patienten als auch die Behandlungsmethodik und das Ergebnis erheblich beeinflussen (Kernberg, 1984; Diamond & Yeomans, 2008).

Die als erstes von psychoanalytischen Klinikern beobachteten Charakteristika der NPS (Kernberg, 1975, 1984; Kohut, 1971, 1977), welche ab 1980 im DSM systematisiert wurden (American Psychiatric Association, 1980), sind größtenteils durch empirische Befunde bestätigt worden (Levy et al., 2007; Cain, Pincus & Ansell, 2008). Ronningstam und Gunderson (1991) fanden heraus, dass die NPS-Patienten verglichen mit den BPS-Patienten eine weitaus grandiosere Selbstwahrnehmung aufwiesen (z.B. einen übertriebenen Sinn für Einzigartigkeit und Überlegenheit), mehr von Großartigkeitsphantasien eingenommen waren und ein egoistischeres, selbstbezogeneres, prahlerischeres sowie anmaßenderes Verhalten befürworteten. Diese Grandiosität fluktuierte allerdings im Laufe der Zeit mit verletzlichen Zuständen des

Selbst (Ronningstam, 2010). Nach Kernberg (2009) neigen Personen mit NPS zu "Anfällen von Unsicherheit, die ihr Gefühl von Grandiosität und Besonderheit zerreißen" (S.106). Eine kürzlich erhobene Studie, in der die Teilnehmer acht Tage lang ein Tagebuch führen sollten, zeigte, dass pathologischer Narzissmus mit intra-individuellen Schwankungen von sowohl Scham (Verletzlichkeit) als auch Selbstüberschätzung (Grandiosität) zusammenhängt (Roche, Pincus, Conroy, Hyde & Ram, 2013). Frühere Forschung und klinische Untersuchungen haben bisher also zwei dominante Krankheitsbilder von NPS identifiziert: einerseits Übermut, einschließlich der Selbstverherrlichung und gnadenlosen Ausbeutung anderer, die systematisch entwertet werden, und andererseits Verletzlichkeit, die durch Selbstauslöschung im Kontext der verdeckten Großartigkeitsphantasien, welche durch eine Neigung zu Scham und Hypersensibilität beschränkt wird, charakterisiert wird. Ob dies jedoch abgrenzbare phänotypische Krankheitsbilder der Störung oder fluktuierende mentale Zustände sind, bleibt weiterhin unklar (Levy et al., 2007; siehe Cain et al., 2008 zur Überprüfung).

Bindung, Mentalisierung und Persönlichkeitsstörungen

Die Identifikation der unsicheren und desorganisierten „Arbeitsmodelle“ von Bindung als Risikofaktor für die Entwicklung von narzisstischen und Borderline - Störungen (Bowlby, 1988; Meyer & Pilkonis, 2011) hat zu der Entwicklung einer weiteren theoretischen Rahmenbedingung und eines weiteren Forschungsparadigmas geführt, mit denen die Überschneidungen und Abweichungen der zwei Erkrankungen verstanden und erforscht werden können.

Bowlby (1977) setzte als Bedingung fest, dass die Qualität der frühkindlichen Bindungserfahrung sowohl die „spätere Fähigkeit, emotionale Bindungen einzugehen, als auch den gesamten Bereich der Erwachsenenstörungen“, einschließlich der „neurotischen Symptome und Persönlichkeitsstörungen“ (S. 206) vorbestimmt. Insbesondere stellte Bowlby (1988) die Hypothese auf, dass Personen mit vermeidend-ablehnenden inneren „Arbeitsmodellen“ von Bindung wahrscheinlich stets von ihren Bezugsfiguren abgewiesen worden waren, wenn sie Beruhigung und Schutz gesucht hatten, und „versuchen würden, das Leben ohne die Liebe und Unterstützung von Anderen zu leben . . . um emotional unabhängig zu werden . . . später könnten sie als narzisstisch oder ein falsches Selbst der Art, wie es Winnicott beschrieben hat, zu haben, diagnostiziert werden (1960)“ (S.125).

Durch die Entwicklung des AAI (George et al., 1985) wurde ein Instrument bereitgestellt, welches die Bindungsrepräsentationen von Erwachsenen mit ihren in frühen Entwicklungsstadien konzipierten Vorläufern und speziell mit dem Bindungsverhalten zwischen Eltern und Kindern in dem Fremden-Situations-Test (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), verbindet. Das von Mary Main und Kollegen (Main, Hesse, & Goldwyn, 2003) entwickelte Erwachsenen-Bindungs-Klassifikationssystem überprüft die strukturellen und diskursiven Eigenschaften von autobiographischen Erzählungen über Bindungserfahrungen und Beziehungen bei Erwachsenen. In einer Metaanalyse (siehe van Ijzendoorn, 1995) von über 18 internationalen Studien wurde herausgefunden, dass die AAI-Bindungsrepräsentationen der Eltern den kindlichen Bindungsstatus vorhersagen konnten. Main et al. (2003) identifizierten drei wesentliche Erwachsenen-Bindungs-Klassifikationen, die durch verschiedene Bindungsrepräsentationen charakterisiert sind. Die als sicher-autonom bezeichnete Klassifikation ist durch einen gut organisierten, frischen und spontanen Diskurs gekenn-

zeichnet, der auf eine freie und selbstständige geistige Verfassung hinsichtlich der Bindung und eine in sich stimmige und integrierte Beziehungsdarstellung hinweist. Die unsicher-distanzierte Bindungsklassifikation ist durch eine abwertende oder idealisierende geistige Verfassung bezogen auf Bindung, oder der mangelnden Fähigkeit, insgesamt bindungsbezogene Ereignisse und Erfahrungen abzurufen, gekennzeichnet. Diesen Personen wird eine geringe geistige Kohärenz auf Grund der Widersprüchlichkeit zwischen undeutlicher positiver Verallgemeinerung und der „durchgesickerten“ Evidenz des Gegenteils zugesprochen. Die ängstlich-ambivalente Klassifikation ist durch eine verstrickte/verwickelte geistige Verfassung bezogen auf Bindungspersonen, mit einer massiven Evidenz von allgemein beherrschender Wut oder passiv überwältigten Zuständen in Bezug auf Bindungspersonen, und/oder einem Schwanken zwischen extrem positiven oder negativen geistigen Zuständen bezogen auf Bindung gekennzeichnet. Die auf diese Erkenntnisse folgende Forschung hat eine „nicht klassifizierbare“ Kategorie identifiziert, die Schwankungen zwischen zwei oder mehr entgegengesetzten Bindungszuständen umfasst, sowie eine Klassifikation namens „ungelöst auf Grund von Verlust und Missbrauch“ bei der Fehler bei der Kontrolle von Argumentation und Diskurs als Antwort auf Fragen nach Verlust und Missbrauch begangen werden. Diese ersten drei AAI-Klassifikationen, welche aus nichtklinischen Stichproben entwickelt wurden, entsprechen den Bindungsmustern, die zuerst von Ainsworth et al. (1978) bei Kindern identifiziert wurden, und werden als organisierte Kategorien angesehen, die spezifische identifizierbare und konsistente Konzepte für die Emotionsregulation bezogen auf die Bindungsbeziehungen umfassen.

Im Gegensatz dazu weisen die „ungelöste“ und die „nicht klassifizierbare“ Kategorie, die später von Main und Kollegen bei Erwachsenen und Kindern anhand von Risikogruppen (hohes Risiko vs. geringes Risiko) identifiziert wurden (Hesse & Main, 2000; Hesse, 2010), auf Pausen und Unterbrechungen in den Verhaltens- und Diskursstrategien hin, die wiederum einen Mangel an Integration und psychologischer Desorganisation (siehe Buchheim & George, 2011) erkennen lassen.

Somit schärfen und erweitern die Bindungsachsen sicher/unsicher als auch organisiert/desorganisiert unseren Blick auf die Bindungsvorläufer und die damit verbundenen inneren „Arbeitsmodelle“ von Bindung, welche Bowlby (1977) als bedeutende Faktoren von Persönlichkeitsorganisation und Pathologie prognostiziert hat.

Borderline-Persönlichkeitsstörungen wurden bisher hauptsächlich den ängstlich-ambivalenten und den ungelösten (desorganisierten) Bindungskategorien zugeordnet (Patrick, Hobson, Castle, Howard & Maughan, 1994; Fonagy et al., 1996; Rosenstein & Horowitz, 1996; Diamond, Stovall-McClough, Clarkin, & Levy, 2003; Levy et al., 2006; Bakersman-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009), und erst zweitrangig dem unsicher-distanzierten und dem nicht klassifizierbaren Bindungsstatus (Barone, 2003; Levy et al., 2006). Im Gegensatz dazu wurden narzisstische Störungen in erster Linie auf Grund von Interviews und Selbstauskünften dem unsicher-vermeidenden Bindungsstatus zugeordnet (Rosenstein & Horowitz, 1996; Blatt & Levy, 2003; Westen, Nakash, Tomas, & Bradley, 2006). Andere Studien, die klinische (Barone, 2003; Levy et al., 2006; Diamond et al., im Druck) und nichtklinischen Gruppen untersuchten, (Dickinson & Pincus, 2003; Smolewska & Dion, 2005; Otway & Vignoles, 2006) deuten an, dass Personen mit einer narzisstischen Pathologie auch durch einen ängstlich-ambivalenten (ängstlich), angstvollen, und in wenigen Fällen durch einen sicher-autonomen Bindungsstatus charakterisiert werden könnten.

Somit haben Bindungsforscher unser Verständnis für Borderline- und narzisstische Pathologien erweitert, indem sie diese Störungen in erster Linie mit Varianten von unsicheren und/oder desorganisierten Bindungen verknüpften, wodurch die Heterogenität dieser Patienten mehr in den Vordergrund rückt und möglicherweise gemeinsame Risikofaktoren in der persönlichen Entwicklung identifiziert werden können.

Neueste Forschung hat im Verlauf der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie (Levy et al., 2006; Buchheim, Hörz, Rentrop, Doering, & Fischer-Kern, 2012) eine Bewegung des Bindungsstatus von Borderline-Patienten von unsicher zu sicher sowie desorganisiert zu organisiert gezeigt.

Fonagy et al. (2002) haben die narzisstischen und Borderline-Störungen auch mit Mentalisierungsdefiziten in Verbindung gebracht, die als die Kapazität, das eigene Verhalten und das Verhalten von Anderen hinsichtlich des intentionalen mentalen Status zu reflektieren, definiert werden. Es wird angenommen, dass sich solche Defizite aus spezifischen Verzerrungen der frühen spiegelnden Eltern-Kind Beziehung ableiten lassen, welche das nicht-bedingte (z.B. eher basierend auf den emotionalen Bedürfnissen und Reaktionen der Pflegeperson als auf dem emotionalen Zustand des Kindes), und/oder nicht markierte (z.B. nicht weiter ausgeführt, so dass symbolische Repräsentationen und Repräsentationen zweiter Ordnung ausgelöst werden) Spiegeln einschließen. Beide dieser Typen des inkongruenten Spiegels wurden bisher der unsicheren und/oder desorganisierten Bindungsklassifikation (Fonagy & Target, 1997; Fonagy et al., 2002) zugeordnet und machen somit die Grundlage für die Entwicklung einer Borderline- und narzisstischen Pathologie aus (Fonagy et al., 2002).

Es wurde festgestellt, dass die Mentalisierungsfähigkeit in Bindungsbeziehungen, die durch die Skala zur Selbstreflexion (Fonagy et al., 1998) gemessen wird, ein schützender Faktor bei Personen mit einer traumatischen Vergangenheit oder Missbrauch, die mit einem unsicheren/desorganisierten Bindungsstatus in Verbindung gebracht worden sind, ist. Fonagy et al. (2002) fanden heraus, dass Personen mit einer Missbrauchserfahrung weniger häufig eine BPS entwickelten, wenn sie eine hohe RF auf dem AAI hatten. Andere Studien zeigten, dass Mütter, die mit einem ungelösten Verlust oder Trauma klassifiziert wurden, öfter Kinder hatten, die als sicher gebunden klassifiziert wurden, wenn die Mütter eine hohe RF auf dem AAI hatten, wohingegen die anderen Studienteilnehmer mit niedrigen RF-Ratings eher Kinder hatten, die mit einem desorganisierten Bindungsstatus (Grienemberger, Kelly, & Slade, 2005) klassifiziert wurden. Somit könnte die Fähigkeit der RF die negative Wirkung von frühen traumatischen Bindungserfahrungen mildern und möglicherweise als Schutz gegen eine generationsübergreifende Übertragung von unsicheren desorganisierten Bindungsmustern dienen. Mehrere Studien haben zusätzlich darauf hingewiesen, dass Defizite in der Mentalisierungsfähigkeit grundlegend für schwere Persönlichkeitsstörungen sind, und dass die Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit ein Schlüsselmechanismus für eine Veränderung in der psychodynamischen Psychotherapie mit solchen Patienten ist (Bateman & Fonagy, 2004; Levy et al., 2006).

Klinische und Forschungsinnovationen

Um die oben erwähnten Lücken in der Literatur anzugehen, hat eine Gruppe von psychoanalytischen Klinikern und klinischen Forschern am Personality Disorders Institute (PDI) des Weill Cornell Medical Center angefangen, daran zu arbeiten, die klinische und Forschungsliteratur über das Verständnis und die Behandlung von narzisstischen und

Borderline-Störungen zu verbessern. Wir haben eine manualisierte psychoanalytische Therapie für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen entwickelt und evaluiert (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006; Levy et al., 2006; Clarkin et al., 2007). Kürzlich richteten wir unsere Aufmerksamkeit auf das Präzisieren der Techniken zum effektiveren Arbeiten mit Patienten, die eine komorbide, narzisstische, und Borderline-Pathologie aufweisen. Unsere klinischen Ansätze wurden in früheren Publikationen beschrieben. Allerdings geht die ausführliche Beschreibung dieser Ansätze über den Umfang dieses Artikels hinaus (Diamond et al., 2011; B. L. Stern, Yeomans, Diamond, & Kernberg, 2011; Diamond et al., im Druck).

Im Folgenden geben wir eine kurze Übersicht über die Behandlung und unsere aktuellsten Forschungsergebnisse, um unsere Arbeit in einen Gesamtkontext einzubetten.

Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)

Die TFP ist eine manualisierte psychoanalytische Psychotherapie, die für Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen konzipiert wurde, die im Borderline-Bereich angesiedelt sind. Die Taktiken und die Methodik der TFP wurden in früheren Publikationen bereits systematisch beschrieben (Yeomans, Clarkin, & Kernberg, 2002; Clarkin et al., 2006). Die TFP kombiniert Elemente aus standardmäßigen psychoanalytischen Techniken (z.B. Aufmerksamkeit auf unbewusste Prozesse lenken, einen Fokus auf die Übertragung und Interpretation setzen) mit einer höheren therapeutischen Aktivität, einem zweifachen Fokus einerseits auf die innere Welt des Patienten, und andererseits auf das äußere Leben, mit einem Schwerpunkt auf zwischen Patient und Therapeut vereinbarten Verhaltensparametern, die dafür konzipiert wurden, das Ausagieren des Patienten zu begrenzen und die Entfaltung der emotionalen Erfahrung und des Seelenlebens des Patienten im Behandlungsrahmen zu fördern.

Ziel der TFP ist es, die Entwicklung einer zunehmend integrierten, differenzierten und reifen Repräsentation des Selbst und Anderen zu fördern und die Toleranz von negativen Affekten (z.B. Aggression, Angst, Missgunst, Schuld), die mit dem gespaltenen, polarisierten Inneren und dem gleichzeitig primitiven Abwehrverhalten der BPS zusammenhängt, zu verbessern. Zusätzlich zur Besserung der Symptome und der Integration der repräsentativen Welt, strebt die TFP auch ein bedeutungsvolles Engagement des Patienten in der Arbeitswelt und den interpersonellen Beziehungen an, weshalb der Therapeut die äußere Welt des Patienten i.d.R. genau beobachtet.

Das theoretische Modell der TFP fordert ein dynamisches Zusammenspiel zwischen Veranlagung (den individuellen Unterschieden bei der Affektaktivierung und- regulation sowie der koordinativen Reaktionsfähigkeit) und umweltbedingten/familiären Faktoren, wie Missbrauch oder Vernachlässigung, die zu einem unsicheren und/oder desorganisierten „Arbeitsmodell“ von Bindung, Mentalisierungsdefiziten, und anderen neurokognitiven Defiziten führen können, die Borderline-Personen bezüglich der affektiven Dysregulation prädisponieren, insbesondere in interpersonellen Situationen (Yeomans & Diamond, 2010).

Unser Verständnis von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen ist durch diese vielfachen Perspektiven geprägt. Der Fokus der Therapie zielt auf die maladaptiven, nichtintegrierten, und polarisierten Repräsentationen des Selbst und des signifikanten Anderen ab, welche der Identitätsdiffusion, affektiven Dysregulation und Defiziten des Selbst und dem

zwischenmenschlichen Funktionieren unterliegen, die schwere Persönlichkeitsstörungen charakterisieren.

Die Arbeit der TFP soll eine unter kontrollierten Umständen durchgeführte Reaktivierung der gespaltenen, polarisierten internen Repräsentationen der Übertragungsbeziehung erleichtern. Darauf folgend sollen mit Hilfe eines mehrstufigen interpretativen Prozesses besser integrierte, differenzierte, und komplexe mentale Repräsentationen entwickelt werden, welche die Basis für eine stimmige Identität schaffen (Caligor, Diamond, Yeomans, & Kernberg, 2009). Die TFP umfasst einen mehrstufigen interpretativen Prozess, der für schwer gestörte Patienten modifiziert wurde, um die Kapazität des Patienten, die affektive Erfahrung kognitiv zu repräsentieren und einzubinden, zu steigern. Dies führt wiederum zu einer Besserung der RF und Mentalisierungsfähigkeit, oder der Kapazität über eigene Erfahrungen in der Übertragung zu reflektieren und symbolisch zu verwalten (Levy et al., 2006; Caligor et al., 2009). Eine weitere Möglichkeit, um über diesen Prozess hinsichtlich der Bindungstheorie und der Forschung nachzudenken ist, dass die Behandlungssituation in der TFP, durch dyadische Intimität und Intensität, die ursprünglichen inneren „Arbeitsmodelle“ von Bindung aktiviert – welche im Falle von schwer gestörten Patienten am ehesten unsicher, multipel, widersprüchlich und konfliktreich sind (Diamond et al., 2003; Fonagy & Bateman, 2005) – mit dem Ziel die Patienten in Richtung einer gestärkten Bindungssicherheit zu bewegen.

Zusammenfassung der Forschungsergebnisse bezüglich der Effektivität der TFP

Verschiedene Studien, einschließlich zweier randomisierter klinischer Studien, wovon eine am Personality Disorders Institute am Weill - Cornell Medical College (the Cornell - NY RCT) durchgeführt wurde, und die andere unabhängig von der ersten von der Wiener - Müncher TFP Gruppe (the V - M RCT), bewiesen jetzt die Effektivität und die Wirksamkeit der TFP für Borderline-Pathologien. Eine zusammenfassende Beschreibung der Methode und der Ergebnisse der beiden randomisierten klinischen Studien kann an anderer Stelle gefunden werden (Levy et al., 2006; Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Fischer-Kern et al., 2010).

Hier werden wir die für unsere neuste Arbeit über komorbide narzisstische und Borderline - Pathologien relevanten Vorgänge und Ergebnisse beschreiben.

In der Cornell - N.Y.-RCT, die von Clarkin et al. (2007) durchgeführt wurde, wurden 90 Patienten, die mit einer BPS diagnostiziert wurden, für ein Jahr einer der drei manualisierten ambulanten Behandlungen zufällig zugeordnet: zweimal wöchentlich TFP, dialektisch-behaviorale Therapie (DBT; Linehan, 1993), und supportive psychodynamische Therapie (Appelbaum, 2005). Die Ergebnisse zeigten, dass alle drei Gruppen eine signifikante Verbesserung der gesamten und sozialen Funktionsfähigkeit, und einen Rückgang der Depression und der Angst erzielten. Die Patienten die nur mit der TFP und der DBT behandelt wurden, zeigten signifikante Verbesserungen der Suizidalitätsrate, Depression, Wut und allgemeinen Funktionsfähigkeit. Nur die mit der TFP behandelte Gruppe zeigte eine signifikante Verbesserung im Bereich der verbalen Beschimpfungen, direkten Angriffe, und Reizbarkeit (Clarkin et al., 2007). Zusätzlich wurden Veränderungen der Bindungsorganisation und der RF als vermeintliche Veränderungsmechanismen in der Behandlung evaluiert (Levy et al., 2006). Wir hatten angenommen, dass die erhöhte Integration und Kohärenz der Repräsentationen, die durch die AAI-Klassifikation (Main et al., 2003) und die RF (RF; Fonagy et al., 1998) gemessen wird, in der TFP, jedoch nicht in den anderen Behandlungen, gefunden werden würde. In der Tat

wurde nach 12 Wochen ausschließlich in der TFP eine signifikante (dreifache) Erhöhung der Anzahl der Patienten, die als sicher gebunden klassifiziert wurden, gemessen.

Zusätzlich wurden signifikante Veränderungen in der RF und der AAI-Subskala der narrativen Kohärenz gefunden, was der beste Prädiktor für die Bindungssicherheit unter den AAI-Subskalen ist (Waters, Treboux, Fyffe, & Crowell, 2001). Diese Veränderungen wurden auch als ein Nachweis der Wirksamkeit der Behandlung angesehen, wobei die TFP eine Zunahme in beiden Konstrukten während des Therapieverlaufs zeigte.

Die V - M RCT, welche unabhängig von Doering et al. (2010) in Deutschland und Österreich durchgeführt wurde, liefert zusätzliche Daten, welche die TFP als eine wirksame Behandlungsmethode beschreiben. Doering et al. führten eine RCT durch, bei der die TFP über ein Jahr lang mit einer Behandlung durch erfahrene, ortsansässige Psychotherapeuten (experienced community psychotherapists - ECP) verglichen wurde. Obwohl sich die Beschwerden der Patienten in beiden Behandlungen über die Zeit verbesserten, fiel die Ausfallquote unter denjenigen Patienten, die willkürlich der TFP zugeordnet worden waren, geringer aus. In dieser Gruppe erfolgte zudem eine signifikantere Reduzierung der Suizidversuche unter den Patienten, sowie der stationären Aufnahmen, und der BPS-Symptome bei gleichzeitiger Verbesserung der Persönlichkeitsorganisation und der psychosozialen Funktionsfähigkeit nach einem Behandlungsjahr. In beiden Gruppen zeigte sich eine signifikante Verbesserung bezogen auf Depressionen und Unruhe. Die TFP-Gruppe verbesserte sich außerdem in der allgemeinen Psychopathologie. Es wurden dabei keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt. Selbstverletzendes Verhalten veränderte sich in keiner der beiden Gruppen. Zusätzlich fanden Buchheim et al. (2012), als Teil der randomisierten V-M-Studie signifikante Verschiebungen vom unsicheren zum sicheren bzw. desorganisierten zum organisierten Bindungsstatus in der TFP-Gruppe, aber nicht in der ECP-Gruppe.

Somit wurde sowohl in der Cornell – NY) RCT, als auch in der V-M-RCT, das AAI als nützliches Instrument befunden, um die strukturellen Veränderungen bei BPS-Patienten zu erfassen. Es ist bemerkenswert, dass auf dem AAI nur Patienten der beiden Studien, die mit der TFP behandelt wurden, einen Anstieg der flexiblen Integration und der Kohärenz in der Bindungsrepräsentation aufwiesen.

Zusammenfassung der Forschungsergebnisse bei NPS/BPS

Kürzlich begannen wir die Bindung und die RF bei Borderline-Patienten mit und ohne komorbider, narzisstischer Persönlichkeitsstörung zu untersuchen (Diamond et al., im Druck). Um dies zu erreichen, evaluierten wir alle Teilnehmer der oben genannten randomisierten kontrollierten Studie, die das AAI erhielten. Die kombinierte Stichprobe aus 151 Patienten wurde in zwei Gruppen unterteilt: eine umfasste 129 Teilnehmer, welche die Kriterien für eine BPS erfüllten, und die andere Gruppe umfasste 22 Teilnehmer, welche die Kriterien für eine BPS und eine NPS erfüllten, nach den DSM-IV-basierten Kriterien des International Personality Disorder Exam (IPDE) und des SCID-II (Loranger, 1999). In beiden randomisierten kontrollierten Studien wurde der AAI am Anfang der Studie und nach einem Behandlungsjahr durchgeführt (siehe Hörz et al., 2011, 2013 und Diamond et al., im Druck für eine vollständige Beschreibung der Vorgänge während der Studie, der Maßnahmen und der Merkmale der Stichprobe).

Die NPS/BPS-Gruppe zeigte, verglichen mit der BPS-Gruppe, weniger Achse 1- und mehr Achse 2-Pathologien. Wie erwartet zeigten die NPS/BPS-Patienten eine signifikante Komor-

bidität mit allen Cluster B-Persönlichkeitsstörungen auf, inklusive der Borderline-, histrionischen- und antisozialen Persönlichkeitsstörungen (Tendenz) – eine Feststellung, die vorausgegangenen Untersuchungen entspricht (Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005; Stinson et al., 2008). Außerdem erfüllte die NPS/BPS-Gruppe signifikant mehr Kriterien für paranoide und schizotype Persönlichkeitsstörungen als die BPS-Gruppe. Die Triade aus paranoiden, schizotypen und antisozialen Kriterien bei NPS/BPS-Patienten lässt vermuten, dass diese Patienten durch eine erhöht pathologischere Form von Narzissmus (bezeichnet als bösartiger Narzissmus von Kernberg, 1984, 2007; siehe auch Ronningstam, 2010), charakterisiert werden könnten, in der eine mangelhafte Realitätsüberprüfung stattfindet, sowie eigenbestimmte Aggressionen, die systematisch auf andere projiziert werden und zur Paranoia führen und antisoziale Merkmale (Mangel an Empathie und das Ausnutzen von anderen).

Schließlich fanden bei der NPS/BPS-Gruppe verglichen mit der BPS-Gruppe weniger Hospitalisierungen und Tage im Krankenhaus statt (Hörz et al., 2012, 2013). Obwohl die Überprüfung der Daten zeigte, dass die NPS/BPS-Gruppe weniger selbstverletzendes Verhalten meldete als die BPS Gruppe, erreichte dieser Unterschied keine statistische Signifikanz.

Beide Gruppen zeigten auch unterschiedliche repräsentationale Zustände bezogen auf Bindung auf. Wie erwartet ermitteln wir, dass die BPS/NPS-Patienten im Vergleich mit der BPS-Gruppe signifikant wahrscheinlicher als unsicher-distanziert (charakterisiert durch Idealisierung/Entwertung) oder nicht-klassifizierbar (z.B., charakterisiert durch Schwankungen zwischen entgegengesetzten Bindungsstrategien) auf dem AAI klassifiziert wurden, während die BPS-Gruppe signifikant wahrscheinlicher einen ängstlich-ambivalenten (wütend oder passiv verstrickt mit Bindungsfiguren) oder einen auf Grund von Verlust und Missbrauch nicht bewältigten AAI-Status als die NPS/BPS-Gruppe (Diamond et al., im Druck) aufwies. Diese Hypothese zur Klassifikation der NPS/BPS-Gruppe basierte auf vorausgegangener Forschung und klinischen Untersuchungen, die NPS mit einem großartigen Selbst, bei dem andere systematisch abgelehnt und entwertet werden, sowie schwankenden geistigen Zuständen von Großartigkeit und Verletzlichkeit, die einem unsicher-distanzierten und ängstlich-ambivalenten Bindungsstatus zugeordnet werden, verbinden (siehe hierzu auch Meyers & Pilkonis, 2011). Es gilt zu berücksichtigen, dass wir in diesen Analysen die AAI-Klassifikationen auf Grund der kleinen Stichprobengröße und ungeraden Nummern innerhalb jeder Bindungsklassifikation in größere Gruppen aufgeteilt haben (z.B. unsicher-distanziert und nicht-klassifizierbar für die NPS/BPS-Gruppe und ängstlich-ambivalent und ungelöst für die BPS-Gruppe), und weniger Gewicht auf die Forderung nach relativer Häufigkeit der spezifischen Bindungskategorien gelegt haben, während die wesentlichen Forderungen hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Gruppen in diesen Kategorien beibehalten wurden.

Zusammengefasst wiesen beide klinischen Gruppen einen Mangel an Integration der inneren „Arbeitsmodelle“ von Bindung auf, jedoch zeigte sich dies in der NPS/BPS-Gruppe in der Form von Schwankungen zwischen entgegengesetzten mentalen Zuständen bezogen auf Bindungsbeziehungen, typischerweise zwischen distanzierten und ängstlich-ambivalenten Diskursstrategien im Interview.

Im Gegensatz dazu ereignete sich in der BPS/keine-NPS-Gruppe ein schwererer jedoch zentraler Zusammenbruch bei der Kontrolle der Argumentationsweise und des Diskurses als Antwort auf spezifische Fragen zu Verlust und Missbrauch. Dies weist auf die Störung des

„besonders und gar teilweise distanzierten Seelenzustandes“ (Hesse, 2010, p. 570), der mit einem Kindheitstrauma assoziiert wird, hin.

Diese Ergebnisse werfen die Frage auf, ob die NPS/BPS Gruppe weniger häufig Kindheitstraumata erlebt hat, oder ob sie sich ihnen gegenüber besser geschützt und/oder reflektierter verhielt (weniger ungelöster AAI-Status und höhere RF). Wie erwartet fanden wir jedoch, dass sich beide Gruppen im geringen/fragwürdigen Bereich der RF (3 oder weniger) befanden, entweder mit einer einfachen und verringerten RF Kapazität (z.B. eindimensionale, naive Konzepte des Seelenzustandes), oder mit einer hyperaktiven Mentalisierung (z.B. Überinterpretation von Motivationen, Gefühlen und Vorstellungen über das Selbst und Andere). In der randomisierten kontrollierten Cornell NY Studie fanden wir zusätzlich heraus, dass hier als einziges keine Unterschiede zwischen den Gruppen bei rückblickenden Selbstberichten über die Häufigkeit von Missbrauch in der Kindheit, einschließlich emotionalem, sexuellem und physischem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung gemacht wurden, und beobachteten eine Tendenz zu den Unterschieden zwischen den Gruppen bei physischer Vernachlässigung (Diamond et al., 2012). Die vergleichbare Anzahl der Kindheitstraumata in Bezug auf geringe RF (für die Cornell-NY Stichprobe) weist darauf hin, dass die Personen mit NPS/BPS die Kapazität haben könnten, funktionierende, oder zumindest starre und primitive Abwehrmechanismen zu mobilisieren, um die Desorganisation angesichts des Kindheitstraumas zu beherrschen und zu begrenzen.

Somit zeigen unsere aktuellen Ergebnisse bis heute, dass die narzisstische Pathologie einen stabilisierenden Effekt im Hinblick auf die Borderline-Persönlichkeits-Organisation haben könnte.

Relevant ist angesichts dieser Tatsache auch, dass NPS/BPS-Personen signifikant seltener von allen ambulanten Behandlungen in beiden Studien ausfielen. Sie wiesen sowohl weniger Hospitalisierungen oder stationäre Aufenthalte auf, als auch weniger ungelöste Kindheitstraumata auf dem AAI. In der U.S.-Studie zeigten sie zudem weniger selbstverletzendes Verhalten (Diamond et al., 2012). Zusammenfassend zeigen unsere Ergebnisse, dass NPS, im Kontext der BPS ein protektiver Faktor sein könnte, der den Patienten hilft, die Behandlung weiterzuführen und selbstzerstörerisches Verhalten zu begrenzen (Diamond et al., im Druck; Simonsen & Simonsen, 2011). Diese Hypothese bleibt spekulativ, und muss anhand einer größeren Stichprobe überprüft werden, an der Längsschnittdaten des AAI und Bewertungen der RF innerhalb eines Zeitraumes von einem Jahr ab dem Behandlungsbeginn durchgeführt werden. Zudem sollte über den Vergleich mit einer NPS-Gruppe nachgedacht werden.

Jedoch liefern die folgenden zwei Fälle, in denen wir AAI und RF-Daten bei der Aufnahme zur Studie und nach einem Jahr TFP präsentieren, eine klinische Veranschaulichung der Unterschiede bei der Bindungsrepräsentation und der RF zwischen den beiden Gruppen.

Fall 1: Patientin mit BPS/NPS

Sara, eine ledige, arbeitslose Lateinamerikanerin, wurde im Alter von 34 Jahren nach mehreren stationären und ambulanten Behandlungen für eine TFP vorgeschlagen. Ihr Zustand hatte sich soweit verschlechtert, dass sie die 6 Monate vor dem Beginn der TFP isoliert in ihrer Wohnung verbracht hatte, wo sie mit chronischen Suizidgedanken im Bett lag, unter Heißhungerattacken litt und sich nur selten badete. Sie war die mittlere von drei Töchtern in einer Familie der oberen Mittelschicht, welche in die Vereinigten Staaten eingewandert war,

damit ihr Vater eine höhere Ausbildung als Medizinischer Forscher verfolgen konnte. Sie beschrieb ihre Mutter, eine ausgebildete Lehrerin, als extrem kontrollierend, die Art von Mutter, die „nicht von unserer Seite wich, uns zum Ballettunterricht begleitete und weißt du, uns bis an unser Limit trieb.“ Saras erste Erinnerung an ihre Mutter war, dass sie dafür bestraft wurde, ihrer Schwester im Alter von 4 oder 5 Jahren die Milchflasche weggenommen zu haben. Sie äußerte, dass ihre Mutter, die chronisch depressiv und selbstmordgefährdet und abwechselnd überfürsorglich und vernachlässigend gewesen war, ihr „unterschiedliche Signale vermittelt hatte.... Manchmal war sie einsam und sie hat uns wirklich geliebt aber da waren - die meiste Zeit war sie wirklich krampfhaft, wie: was uns passieren würde, und sie war sehr vorsichtig, wenn es darum ging, uns vor anderen Menschen abzuschirmen.“

Sara beschrieb ihren Vater als überwiegend emotional abwesend und vertieft in seine akademische Karriere, erlebte ihn aber auch als ein aufdringliches und kontrollsüchtiges Elternteil, das starken Druck auf seine Kinder ausübte, damit diese Leistungen erbringen würden, und diesen Druck auch durch verbale und z.T. physische Misshandlungen ausübte, wenn diese seinen Erwartungen nicht erfüllten. Sie fühlte, dass sie ihren Vater „verloren“ hatte, als ihre Leistungen in der Schule nicht mehr gut waren. „Er hat mich einfach auf eine Art aufgegeben... wie er es jetzt wieder tut.“ Wenn sie wütend oder verzweifelt war, oder wenn sie gerade bestraft worden war, ging sie in ihr Zimmer, wo sie „in einer völligen Phantasiewelt lebend so tat, als würde ich unterrichten.“

Saras anfängliches AAI wurde als nicht klassifizierbar bewertet, mit zwischen gedankenverlorenen und abweisenden/abwertenden wechselnden geistigen Zuständen. Typischerweise für Fälle, die als nicht klassifizierbar gelten, brachte sie widersprüchliche geistige Zustände im Hinblick auf Bindung zum Ausdruck, in dem sie zwischen verschiedenen Verhaltensstrategien hin und her wechselte. Einerseits verwendete sie abweisende Strategien, die mit einer abwertenden Haltung gegenüber den Bindungsbeziehungen und Erfahrungen, an die sie sich nicht gut erinnern konnte, einher ging. Andererseits wendete sie ängstlich-ambivalente Strategien an, die einen hohen Grad an augenblicklich überwältigendem Zorn gegenüber Bindungsfiguren zum Ausdruck brachten, die in extrem negativer und positiver Form beschrieben wurden. Zu Beginn der Behandlung gab es im AAI Hinweise auf wechselnde Beurteilungen der elterlichen Figuren, mit einem „Element des Kämpfens, der Ambivalenz und der Unentschlossenheit“ (Main et al.), 2003, p. 170), ein typisches Merkmal ängstlich-ambivalenter Erzähler. Zum Beispiel nannte Sara als erstes Adjektiv bei der Beschreibung ihrer Mutter (siehe Kursivsetzung) das Wort „liebevoll“, welches sie jedoch sofort wieder zurückzog.

„Also Sie wollen, dass ich Adjektive nenne. Das ist keine faire Frage, weil Sie wissen, ich meine natürlich werde ich sagen liebevoll und freundlich, weil ich sie liebe, ich meine, ich liebte sie – Möchten Sie das dann sagen? Also ich möchte es sagen, weil, ich meine, hat - gibt es irgendjemanden, der keine Liebe für seine Eltern empfindet? Oder wissen Sie, ich meine man fühlt etwas, wissen Sie? Ich meine, ich liebte sie wirklich, wissen Sie? Ich meine ich – aber - Sie wollen wissen wie - Also es wäre gut, wenn Sie mir bloß fünf Wörter oder Phrasen nennen könnten, die ihre Beziehung beschreiben. Wissen Sie was? Dann streichen Sie besser „liebevoll“. Entschuldigung? Streichen Sie besser „liebevoll“. Weil ich mich daran nicht erinnere. Ich weiß nur, dass ich sie geliebt habe, aber ich erinnere mich nicht daran, in einer liebevollen Beziehung gewesen zu sein. Es war mehr so „Ich bin die Lehrerin, du bist die Schülerin, tu, was ich sage,“ solche Sachen. Es war kontrollierend, würde ich sagen. Also, Sie haben „liebevoll“ gestrichen, richtig?“

Diese ersten Assoziationen zu der Frage nach Adjektiven war abgespaltenes Material - über liebende und positive Gefühle an ihre Mutter, die sofort ausgetauscht wurden von den negativ gewerteten Wörtern, „kontrollierend, emotional vernachlässigend, verwirrend sowie traurige und schwache Bindung.“ Ihre Ausgestaltung der „schwachen Bindung“ zeigt die Aktivierung von Mechanismen abweisender Entwertung.

„Ich sage nur, dass es eine schwache Bindung ist, weil, wenn Sie mich über meine Erinnerungen an meine Mutter fragen, ist es für mich schwierig mich zu erinnern....weil ich mich nicht an eine Bindung mit meiner Mutter erinnere....ich erinnere mich nicht daran Dinge mit meiner Mutter getan zu haben, die Kinder aus Spaß machen....Wissen Sie mit meinen Eltern zu leben, ich schwöre bei Gott, war wie mit einem Schulmeister zusammen zu leben. So hat es sich angefühlt“.

Die obigen Passagen sind durch eine Haltung kalter, aktiver Abwertung und Verminderung charakterisiert, die sich abwechselt mit einer Unfähigkeit sich detailliert an autobiographische Ereignisse zu erinnern, die ihre allgemeine Beschreibung der Beziehung zur Mutter unterstützen könnten - beides ist typisch für mentale Zustände einer abweisenden Bindung. Der fehlende Zugang zu Erinnerungen dient bei einem abweisenden Erzähler dazu, den Zugang zu Bindungserinnerungen und -erfahrungen zu begrenzen, aber in Saras Fall fällt dies schnell auseinander.

Interessant ist, dass sie ein ähnliches Adjektiv nutzt, um ihren Vater zu beschreiben, nämlich „nichtvorhandene Bindung“, und obwohl sie ihre Ausarbeitung dieses Adjektivs in ablehnender Weise beginnt, kehrt sie relativ schnell zu alten Beschreibungen zurück, in denen sich viele Hinweise auf Wut und Verstrickung und weitere übergreifende seelische Zustände zeigen, wie dies auch aus der folgenden Passage hervorgeht:

„Ich beschreibe es als eine praktisch nicht vorhandene Bindung. Ich hatte nicht das Gefühl einer Bindung zwischen uns. Ich weiß nicht, es fühlte sich so an, als hätte ich quasi keine Bindung zu ihm. Und, ähm, es war eine wirklich schwache Bindung, ich schwöre es. Ich kann unsere Bindung nicht einmal mit drei Adjektiven beschreiben. Ähm, ich erinnere mich nicht mein Vater. Ich schwöre bei Gott, ich kann mich an ihn nicht erinnern.... Ich erinnere mich, was meine Mutter mir gesagt hat, aber ich erinnere mich nicht an ihn.... Ich erinnere mich, dass er mit uns herumalberte. So grob, aber wissen Sie, vor allem mit mir, das weiß ich - ich weiß zwar nicht, ob das jetzt Sinn macht, aber sagen Sie mir einfach, wenn es Sinn macht. Als Kind wissen Sie noch die welche Art von Beziehung man hat. Man – man - ich kannte die Konzepte von Papa und Vater nicht. Als sehr kleines Kind, verstehen Sie nicht, was das bedeutet. Mein Vater wollte mit mir spielen oder uns kitzeln, oder mich kitzeln, wie auch immer. Und mit mir spielen. Und ich lief weg aus Angst, aber ich fühlte zugleich auch eine sexuelle Komponente - ich weiß es klingt komisch, ich weiß. Aber das war was ich fühlte. Außerdem hatt ich das Gefühl, masturbieren zu wollen - das ist die Wahrheit, und ich sagte es Dr. K. [früherer Therapeut] in einem wirklich, wirklich, wirklich, wirklich, wirklich frühen Alter. Ähm, somit fühlte ich diese sexuelle Komponente bei meinem Vater und hatte zugleich Angst vor ihm.“

Die obige Passage ist voller Wendungen in der Beschreibung, fortlaufenden Sätzen und Missachtungen von Relevantem, da sie sich in ihren eigenen Gefühlen über den Vater verstrickt und dadurch verwirrt ist. Die Passage zeigt zugleich ihre Tendenz, sich in episodischen Erinnerungen zu verfangen, sowie die verstörenden Gefühle, die sie bei ihr hervorrufen, so dass

sie eine objektive oder kohärente Ausarbeitung der Beschreibung auf semantischer Ebene nicht möglich ist.

So kann man in diesen Beispielen sehen, wie zwischen zwei widersprüchlichen Beschreibungsstrategien gewechselt wird, die zwei divergierenden Gemütszuständen zugeordnet sind: ein ablehnenden Zustand, der an ein inneres Arbeitsmodell zu Ablehnung geknüpft ist, der kalte und aufdringliche Andere (der Schulmeister) und ein übersteuertes, abgelehntes Selbst; sowie auf der anderen Seite ein verstrickter Zustand, der an ein inneres Arbeitsmodell eines wechselnd verlockendes und ablehnendes Objekt geknüpft ist und ein überreiztes aber zugleich ablehnenden Selbst zeigt.

Obwohl ihre primäre Bindungsrepräsentationen Elternfiguren sind, die in einer ablehnenden / kontrollierenden (Mutter) oder überstimulierenden /erotisierenden Weise (Vater) auftreten, gibt es auch Hinweise auf positive, wenn auch etwas idealisierte, Repräsentationen von Elternfiguren als schützende und fürsorgliche [Objekte] sowie von sich selbst als etwas Besonderes. Beispielsweise verwendet sie, um die Beziehung zu ihrem Vater zu beschreiben, die Metapher "Haustier des Lehrers", und führte dies wie folgt aus: "Ich würde sagen, eine ziemlich starke Beziehung mit meinem Vater gehabt zu haben. Ich meine nicht – ziemlich - stark..., ich meine, ich war seine, Sie wissen schon, das Haustier des Lehrers, diejenige, die er sozusagen auf eine Art und Weise beschützte". Außerdem beschreibt sie, wie in den Momenten der Not oder vermeintliche Aufgabe sie Bücher aus ihrem Zimmer der Eltern nahm und so tat ob sie der „(...) Lehrer war, ok, ich war der Lehrer der Schule, und ich tat so, als ob ich die Bücher an imaginäre Schüler ausgab. Das war eine Möglichkeit um (...) die Kontrolle wiederzuerlangen". Die Passage zeigt, wie Sara sich in eine Welt autistischer Fantasie zurückzieht, um Bindungstraumata zu bewältigen und um ihr Niveau der Desorganisation zu begrenzen. „Sie befassen sich damit, indem Sie in eine Fantasiewelt gehen und so zu tun, als ob Sie die Kontrolle haben" sagte sie.

Trotz allem überrascht ihre dominante Darstellung der intentionalen mentalen Zustände ihres Vaters auf sie nicht als angstprovozierend ("Ich würde ängstlich weglaufen"). Saras reflectiver functioning (RF) Wert vor dem Beginn der Behandlung betrug minus eins (-1), der niedrigste Wert auf der Skala. So antwortete sie beispielsweise auf die Frage: "Wie denken Sie, haben Ihre Erfahrungen der Kindheit Ihre erwachsenen Persönlichkeit beeinflusst?" mit den Worten:

„Ich meine, ich glaube, wenn jemand in meinem Zimmer war, damit ich einschlafen konnte und mir versicherte, dass nichts Schlimmes passiere, wäre eine Menge von diesem Zeug wäre in Ordnung gegangen denke ich. Ich glaube nicht, dass ich über alles das hier jetzt sprechen würde ... wissen Sie, genauso wie -ähm- mein Vater und ich einmal in einen Film gingen ... und es war ein Film über diese Frau, die ich werde Ihnen sagen, worum es ging, eigentlich war es, es war ein 1977er Film und -ähm- die Frau, an die ich mich erinnere, verstörte mich sehr. Und da war ich vielleicht in der dritten oder vierten Klasse. Es ging um diese Frau - sie war verheiratet und sie ging auf diese Party, und -ähm- ihr Freund -ähm- und ihr Mann kommt nicht mit ihr auf die Party. Und ihr Freund sagt, also wissen Sie, wie dieser Typ der Sie nach Hause bringen will, wissen Sie, also sie (lacht) und so, der Typ bringt sie nach Hause. Er bringt sie nicht wirklich nach Hause. Er vergewaltigt sie“.

Die obige Passage zeigt die Verwirrung und Desorganisation, die erfolgt, wenn der Interviewer versucht, Reflektion bei ihr zu hervorrufen, so dass man fast geschockt ist von den Äußerungen, die unerklärlich und bizarr oder unangemessen sind (Fonagy et al., 1998).

Veränderungen nach einem Jahr der übertragungsfokussierten Psychotherapie.

Nach einem Jahr der übertragungs-fokussierten Psychotherapie wechselte Sara von einem unorganisierten Bindungseinstellung mit chaotischen Wechsel zwischen zwei unsicheren Bindungseinstellungen (vermeidende und ambivalente, verstrickte) auf eine organisierte, wenn auch immer noch unsichere, Bindungseinstellung (ambivalent, verstrickt). Am Ende der Behandlung war auf dem AAI kein chaotischer Wechsel zwischen unsicher-vermeidend und unsicher, ambivalenter, verstrickter Bindungseinstellung mit frühen Bindungsfiguren oder Erinnerungslücken an frühe Bindungserfahrungen und einer Neigung in ihnen verloren zu gehen und von ihnen überwältigt zu werden mehr zu sehen. Vielmehr hat Sara die wütenden, konflikthaften Gefühle über frühe Bindungsobjekte und Erfahrungen organisiert, und obwohl sie noch mit ihren Bindungsfiguren verstrickt ist, wurde ihre Tendenz verringert, in den vergangenen bössartigen Erfahrungen verloren zu gehen.

Beispielsweise auf die Frage das Adjektiv „emotionslos“ zu beschreiben, welches sie verwendete, um ihren Vater am Ende der Behandlung zu beschreiben, zeigt ihre Reaktion viele Hinweise auf wütende Affekte und lange verstrickt laufende Sätze, aber ohne das chaotische Eindringen von erotischer und aggressiv aufgeladener Sprache, Bilder und Phantasien, wie es zu Beginn der Behandlung der Fall war, was auch die folgende Passage zeigt:

„Ich meine, wissen Sie, das war als ich seine Unterschrift gefälscht hatte und er mich sehr heftig schlug, er hat mich geschlagen, er war ein wirklich wütender -ähm- und das ist auch ein Beispiel für eine distanzierte Beziehung, ich glaube er redete wirklich nicht ernsthaft mit mir. Ich erinnere mich nicht genau, ja, ich glaube nicht, dass er sehr wütend war -ähm- aber -anstatt zu versuchen, mich zu verstehen, er war nicht emotional, wissen Sie, er hat mich einfach geschlagen und ich sollte es nicht wieder tun. Wirst Du es wieder machen, also, so in etwa wenn Sie sagen, dass Sie es nicht wieder machen, weil Sie wissen, dass Sie es nicht wieder machen -ähm-. Und ich war etwa 8 oder 9 denke ich, als er es tat ... Unemotional in dem Sinne, dass ... wissen Sie, da war nicht diese Nähe, wenn ich bei meinem Vater war, fühlte sich alles so an, als ob Sie bei einem Professor waren oder sowas, es fühlte sich nicht so an, als wären wir bei unserem Vater, wissen Sie, er baut keine Bindung auf, er weiß nicht, wie man Bindung aufbaut, außer wenn Sie die New York – er baut nur eine Bindung auf, wenn Sie über die New York Times oder solche Sachen reden, er baut keine Bindung in einer normalen Situation auf ... Ich meine, ich denke, das wird der Grund sein, weshalb ich immer dieses Gefühl habe, über etwas reden zu müssen und so wirken zu müssen, als ob ich klug wäre und dieses Selbstporträt von mir zeigen zu müssen ... weil ich nicht einfach ich sein könnte, weil das nicht gut genug ist ... Ich muss den Leuten zeigen wie schlau ich bin und was auch immer, und ich glaube die meisten Menschen wollen das gar nicht, sie wollen einfach das man, wissen Sie, normal ist. Ich weiß nicht, wie man das macht. Also war er unemotional“.

Die Verbesserung war auch deutlich bei ihren reflektiven Möglichkeiten im AAI sichtbar, in dem sie von einem RF-Wert von minus eins (-1) oder Ablehnung zu einem RF-Wert von sechs (6) wechselte, was die Fähigkeit zeigt, facettenreiche Modelle auf mentaler Ebene zu bilden, aber auch einige Hinweise auf komplexes und originelles Denken über mentale Zustände von sich selbst und anderen zu bilden. Nach einem Jahr zeigte ihre Antwort auf die AAI Frage "Wie denken Sie haben Ihre Erfahrungen in der Kindheit Ihre erwachsenen Persönlichkeit beeinflusst?" eine massive Zunahme ihrer Fähigkeit zu mentalisieren.

„Oh mein Gott, meine erwachsenen Persönlichkeit ... wieso denn das, das verstehe ich nicht wirklich... ich glaube einfach nicht, dass ich übermäßig empfindsam geboren wurde ... Nicht, soweit ich mich an Erfahrungen erinnern kann, als ich drei Jahre alt war und meine Eltern nicht da waren ... Sie hatten kein Interesse an uns ... Ich konnte mein Potenzial nicht ausschöpfen ... Also vielleicht habe ich Träume und Wünsche gehabt und auch das Potenzial diese umzusetzen, aber ich konnte es einfach nicht, so wie jetzt ... sicherlich ist mein Leben jetzt um einiges besser ... Ich bedauere, dass ich 35 bin und dieses Programm erst mit 34 gefunden habe“.

Ebenso reflektierend über die Auswirkungen des Erziehungsstils ihrer Eltern auf ihre spätere Entwicklung, sagt sie, "ich bin wirklich nicht in der realen Welt aufgewachsen, ich lebte in einer Fantasiewelt, auf eine Weise, wie ich die Welt wirklich sehen wollte. Ich interagierte nicht wirklich mit der Welt, so wie mein Vater mit mir nicht in Interaktion getreten ist ... Also ich glaube nicht, dass ich für die Menschen Mitleid fühlte“.

Zudem deutet ihr moderater bis hoher RF-Wert nach einem Jahr der Behandlung auf ihre Möglichkeiten hin, zu kontextualisieren und ihre Emotionen zu schwankenden mentalen Zuständen zu halten, wie die folgende Passage zeigt:

„Ich habe gelernt, dass die Welt nicht so feindlich ist, wie ich dachte, dass sie es wäre. Ich habe gelernt, dass Menschen nicht zweidimensional sind, sie sind dreidimensional und sie wollen auf die Art und Weise behandelt werden, wie ich behandelt werden will, auf dreidimensionale Weise. Ich habe gelernt, dass es eine riesige Welt ist, die nicht feindlich ist - ähm- selbst wenn jetzt eine harte Woche auf mich zukommt -ähm-. Ich habe das gelernt ... Menschen verlassen Sie nicht unbedingt ... Menschen können Ihnen für eine Weile böse sein, aber das bedeutet nicht, dass sie Sie verlassen ... es ist Menschen möglich, sauer auf zu sein und gleichzeitig einen immer noch zu mögen“.

So zeigen die oben genannten Passagen, die Möglichkeit für eine transaktionale und generationale Perspektive mentale Zustände zu verstehen, indem nicht nur ein Verständnis von Verhalten und Einstellungen anhand mentaler Zustände ihrer Eltern erfasst werden, sondern auch ihre eigenen mentalen Zustände, die in ihrer Vergangenheit und Gegenwart ihre aktuellen Entscheidungen und Verhaltensweisen beeinflussen, werden gesehen.

Im Ergebnis zeigt dieser Fall die gegenüberliegenden repräsentierten Zustände hinsichtlich der Bindung (vermeidend und ambivalent), die wir charakteristisch für Patienten mit komorbider narzisstischer und Borderline-Pathologie fanden (Diamond et al., 2011) und die mit ihrer zugehörigen Abwehr und Modi der Affektregulierung, vor allem im Hinblick auf kindliche Bindungstrauma fanden. Darüber hinaus zeigt der Fall, die Art und Weise, in denen Verbesserungen in der RF-Verschiebungen die der Sicherheit der Bindung vorausgehen kann und es ist tatsächlich ein Mechanismus der Veränderung in Richtung Neuordnung der mentalen Repräsentationen der Bindung gibt (Levy et al., 2006). Zudem ist zu bemerken, dass nach einem Jahr, die psychosozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit der Patientin stärker und gesünder waren. Im Rahmen ihrer ursprünglichen Tätigkeit als unregelmäßige Hilfskraft bei einem Anwalt wurde ihr schnell ein regulärer Job als Rechtsanwaltsgehilfin angeboten. Und obwohl ihre ersten Beziehungen etwas problematisch waren, konnte sie schließlich eine gegenseitige, liebevolle Beziehung entwickeln.

Case 2: BPD/Non-NPD Patient

Zum Beginn der übertragungsfokussierten Psychotherapie war Helena eine 38-jährige kaukasische Frau mit einer Geschichte von schweren frühen Traumata, chronischer Suizidalität und turbulent, missbräuchlichen Beziehungen. Sie wurde zusammen mit einem 11 Jahre älteren Bruder von ihrer Mutter aufgezogen. Ihre Mutter arbeitete in einer Reihe von niedrigen Tätigkeiten. Ihr Vater verließ die Familie als sie 6 Jahre alt war. Später in der Kindheit beschreibt sie sich als "Schlüsselkind" und nahm parentifiziertes Rollenverhalten an, sowohl in Bezug auf Aufgaben, die wegen der langen Arbeitszeiten der Mutter anstanden als auch emotionale Rollen, wie dem Vater im Namen der Mutter Grenzen zu setzen. Sie berichtete, das erste Mal im Alter von 8 Jahren bei einem Psychiater gewesen zu sein und bekam im Alter von 10 Jahren verschiedene Medikamente verschrieben und hatte bereits diverse Krankenhausaufenthalte.

Helena beschrieb eine Reihe von väterlichen Zurückweisungen und Missbrauch bereits im frühen Alter. Ihr Vater, ein Veteran und Klempner von Beruf war zum Zeitpunkt ihrer Geburt als Behinderter anerkannt. Als er erfuhr, dass seine Frau schwanger war, verlangte er nachdrücklich eine Abtreibung. Er war so wütend, als die Schwangerschaft zu Ende geführt worden ist, dass er es ablehnte, zur Entbindung ins Krankenhaus zu kommen. Danach wiegerte er sich in dem Schlafzimmer der Eltern zu schlafen und schlief stattdessen in den Kinderzimmer. Weil ihre Mutter Vollzeit arbeitete, wurde Helena oft in der Obhut ihres Vaters gelassen, der sie emotional, körperlich und sexuell missbrauchte.

Zum Zeitpunkt 1 erhielt Helena eine primäre Einstufung ihrer Bindungseinstellung als unsicher gebunden mit ungelöstem Trauma und/oder Verlust, und als sekundäre Einstufung unsicher-ambivalente, verstrickte Bindungseinstellung. Ein bemerkenswertes Merkmal ihres AAI Interview war, dass sie die Diskussion über den sexuellen Missbrauch oft in assoziativen Gedankenströmen aufkam.

„Ich lehnte ab, ich hatte keine Ahnung, was mit mir los war -ähm-. Ich wusste es nicht, weil meine Mutter immer arbeiten musste, so dass ich mit meinem Vater allein zu Hause war, aber ich lehnte so ziemlich alles ab, was zu Hause vor sich ging, genauso wie die Tatsache, dass mein Vater im Kinderzimmer schlief –ähm- und mein Bruder erzählte mir, dass er nackt schlief und dass er manchmal wirklich wütend auf Vater wurde, so ging mein Vater manchmal im Haus umher und sagte, ich werde sie töten, ich werde sie töten, wissen Sie –ähm- und gleichzeitig, also wenn Weihnachten bevorstand –ähm- wissen Sie, da habe ich quasi den ganzen Laden an Geschenken zu Weihnachten bekommen und mein Bruder hat nur ein oder zwei Geschenke bekommen, und wenn er versuchte, ihn zu fragen, warum sie all dies bekam und ich nur ein Hemd und Krawatte, wissen Sie, sagte er ihm einfach nur, dass das ihn das nichts anginge, und er wurde körperlich und emotional von meinem Vater missbraucht, während ich körperlich, emotional und sexuell missbraucht wurde und ich kann mich an das Ganze eigentlich –ähm- nicht wirklich erinnern, außer an dass, was mir meine Mutter erzählte –ähm- und hinsichtlich des sexuellen Missbrauchs, fühlte ich mich immer sehr merkwürdig als ich so drei Jahre alt war. Ich kann mich noch daran erinnern, wie ich meine Puppen rausholte und sie in sexuellen Positionen setzte, und dann sagte ich mit der männlichen Puppe zu der Weiblichen, du musst dies tun, du musst mich küssen. Wenn Du das nicht machst, werde ich dich töten, wissen Sie, und sie antwortete, nein, nein, nein. Ich weiß, wie wütend ich innerlich war, aber ich habe all das nicht verstanden“.

Auffällig an dieser Passage ist der fließende Übergang mit dem das traumatische Material auftritt und ihre Beschreibung steuert. So beschreibt sie die Unterschiede der Weihnachtsgeschenke in dem einem Moment und im Nächsten wird sie missbraucht. Weiterhin ist beachtlich, dass sie am Ende der Passage ein Aufblitzen guter RF zeigt, indem sie auf ihre affektive Erfahrung und ihr noch fehlendes Verständnis der Situation hinweist. Dennoch scheint sie nicht in Lage, ihre RF in der Weise zu nutzen, dass sie Abstand und eine andere Perspektive auf das traumatische Material bekommt. Vielmehr durchdringt das Trauma jeden Aspekt ihrer Erzählung und nur durch die sanftesten Aufforderungen des Interviewers, der sagte "helfen Sie mir, Ihre frühe Familiensituation zu verstehen".

Darin ist Plötzlichkeit, mit der die Gewalt ihr Bewusstsein durchdringt parallel mit der Plötzlichkeit mit der Gewalt, die sie gegen sich selbst beschreibt, zu sehen. Wenn sie nach Erfahrungen des früheren Missbrauchs gefragt wird, zeigt sie viele typische (für U AAI-Status) Hinweise, sowie das Herausfallen aus der Erinnerung sowohl bei der Argumentation als auch bei den Beschreibungen, einschließlich unregelmäßigen Sprachmuster, psychisch verwirrte Aussagen und inkohärente Rede mit dem Eindringen von visuell-sensorischen Bildern - all das zeigt sich in der Antwort auf die Frage: "Haben Sie irgendwelche Erinnerungen daran überwältigender erschrocken zu sein oder an das Gefühl eines Erstarrens?"

„... [4 Sekunden] Wahrscheinlich an dem Tag an dem ich am Treppenboden endete, das war in etwa so, wie in einem Alfred Hitchcock in diesen Moment. War es wirklich, ich war erschrocken, erschrocken –ähm- ... [14 Sekunden] sonst habe ich nicht viele weitere Erinnerungen an reinem Terror wie diese –ähm- Erinnerungen an ihn, wenn er zu Hause war, um es mit den Worten meiner Mutter zu sagen, meine, meine Gefühle wechselten zu –ähm-, ich hasse dich, Du bist respektlos, warum haust Du nicht einfach ab und suchst Dir irgendwo einen Platz zum Sterben - aber allein, [unverständlich, 2 Sekunden] ... und starb.“ „Können Sie, können Sie sich daran erinnern, dass er sie die Treppen runterstieß?“ „Ich erinnere mich an einen Fuß - der mich schob.“

Bezeichnend für ihre Verstrickung ist auch, dass es viele Momente des Wechsels und des Rollentausches in dem Interview gab, so war sie in einer leistungsfähigeren Rolle und ihr Vater wurde als hilflos beschrieben, wie die folgende Passage zeigt:

„Er rief meine Mutter an und sagte, –ähm- wissen Sie, ich brauche etwas Geld oder was irgendwas Anderes. Ich erinnere mich, wie ich mit 8 Jahren ans Telefon ging und so in etwas sagte, Du bist ein Versager, du bist dies, du bist das, eigentlich solltest Du losgehen und für unsere Familie Geld verdienen, Du kleines Etwas. Ich erinnere mich, wie ich solche Sachen zu ihm die ganze Zeit sagte.“ Zu einem späteren Zeitpunkt beschrieb sie ähnliche Vorfälle, indem sie sagte: "Er rief an und –ähm- bat um Geld oder - ich, wissen Sie –ähm- wissen Sie, es gab Momente, in denen ich in einem gewissen Sinne wusste, dass ich ihn manipulierte und kontrollierte oder einfach nur die Tatsache, dass –ähm- ich wusste, dass wenn mein Kind so mit mir sprechen würde, würde ich, also wirklich, dann bräuchte es eine Backpfeife, aber er nahm es einfach hin, weil er wusste, dass es stimmte“.

Im Abschnitt des AAIs, indem nach Menschen, die durch den Tod verloren wurden, gefragt wird, beschrieb Helena den Tod ihrer Großeltern. Nach weiteren Todesfälle gefragt, bemerkte sie: „Ich bin auf elf Beerdigungen gewesen und ich habe versucht herauszufinden, ob mich eine wirklich beeinflusst hat? Ja, eine hat das". Sie berichtete später dem Verlust eines Freundes. Trotz wiederholter Aufforderungen vermied es Helena, den Tod ihres Vaters zu erwähnen, den sie erst benannte, als sie später über ihre erwachsene Beziehung zu ihm gefragt

wurde. Anders als bei den anderen Beschreibungen, war ihre Beschreibung des Todes ihres Vaters besonders spärlich.

"Wie würden Sie sagen, hat dieser Verlust ihre erwachsene Persönlichkeit beeinflusst?" ... [5 Sekunden Pause]

„Ich habe immer noch mit seinen Folterungen zu kämpfen, aber ich hasse ihn nicht mehr, weil ich weiß, dass –ähm- ich weiß, dass Gott mich heilt ... Aber ich hoffe, dass –ähm- ... [Schweigen]“.

Die obige Passage zeigt, dass Helena ein gewisses Verständnis für ihre eigenen mentalen Zustände hat, dennoch bleibt die RF etwas klischeehaft, banal, oder schematisch. Ihre Aussagen bleiben diffus, ihre Einsichten werden nicht integriert und ihre Fähigkeit zur Reflexion komplexer mentaler Zustände ist recht begrenzt, was sowohl zu einer Bewertung von niedrigen RF am Anfang, wie auch am Ende der Behandlung führte. Beispielsweise als Sie aufgefordert wurde zu reflektieren, wie ihre Kindheitserfahrungen mit ihren Eltern ihre erwachsenen Persönlichkeit zu Beginn der Behandlung beeinflusst haben, hat sie folgende Antwort gegeben:

„Nun, vor etwa ... ja, vor etwa 11 Jahre und ein paar Monaten wurde ich ein Christ, ein wiedergeborener Christ, ich schenkte mein Herz Jesus Christus und –ähm- er hat –ähm- eine bemerkenswerte Fähigkeit zu heilen, wissen Sie, ich kann, ich kann alles erreichen mit Christus Hilfe, er stärkt mich und alles was in diesem früheren Leben war, ist tot, es ist weg und was auch immer meine Eltern mir gesagt haben, war weg –ähm- die Erinnerungen an den Missbrauch ist verschwunden. Und ich brauche Heilung, als ich vorhin mit Ihnen sprach und Sie mich nach meiner Kindheit fragten, begann ich direkt zusammenzubrechen, ich dachte bloß, oh Gott, das ist so schmerzhaft, jetzt kann ich wirklich verstehen, warum manche Leute bewusst durch das Leben gehen, ohne sich mit ihrer Vergangenheit auseinanderzusetzen und einfach mit ihrem Leben weitermachen, obwohl sie leiden, weil, wissen Sie, es braucht wirklich eine Menge Mut zurückzuschauen, damit man im Anschluss nach vorne schauen kann und es umfasst ein Menge Schmerz. Ich weiß, dass dieser Schmerz ein Heilungsschmerz ist, weil ich zurückschauen muss –ähm- und ich bin jetzt nicht allein, ich habe eine neue Lebenseinstellung, mit Jesus Christus und allem, ich hatte keine, ich war eine sehr unsichere - ähm- ...“.

Die obige Passage ist voll von naiven, stark vereinfachten Aussagen, kombiniert mit echten Reflexionen bei denen sie quälenden, emotionalen Schmerz erfährt, als sie die mentale Zustände von sich selbst und Eltern, die sie missbraucht haben, widerspiegelt, der sie dazu bringt, sich auf religiöse Ansichten zurückzuziehen. Obwohl der Glaube als ein organisierendes Konstrukt verstanden werden kann, welches rund um die schmerzhaften und traumatischen Erfahrungen gelegt wird, kommt in diesem Zusammenhang der Religion eine defensive Funktion zu, bei der posttraumatisches Wachstum externalisiert wird und schlechte elterliche Objekte werden mit einem guten ersetzt, und die traumatische Erfahrung bleibt desintegriert.

Veränderungen nach einem Jahr übertragungs-fokussierter Psychotherapie.

Nach einem Jahr in Behandlung waren die Ergebnisse von Helenas AAI auffallend verändert, mit einer primären Einstufung in unsicher-ambivalent und verstrickt und einer sekundären Einstufung als unsicher-organisiert nach ungelöstem Trauma. Während Helena im ersten Interview mit einer langen, verstrickten Antwort auf die Frage des Interviewers "Helfen Sie mir, Ihre frühe Familiensituation zu erfassen", konnte sie nach einem Jahr in Behandlung mit einer kurzen Beschreibung ihrer frühen familiären Situation antworten. Außerdem konnte Sie

die Tatsache des Missbrauchs wiedergeben, ohne im Detail verloren zu gehen. Während im Laufe des Jahres in Behandlung intensive, besorgniserregende Wut inmitten der Desorganisation zeigte, konnte sie nun besser den Zorn in ihre Erzählung integrieren, was ihr erheblich bei der Verarbeitung der Erfahrung zu helfen scheint.

„So, jetzt möchte ich, dass Sie versuchen, Ihre Beziehung zu Ihren Eltern als kleines Kind zu beschreiben.“ „Ich hasste sie beide. Sehr wütend -ähm- ich erinnere mich nicht, dass ich auf meine Mutter so sauer war, wie auf meinen Vater, ich hatte nicht -ähm- ... ich konnte nicht - ich fühlte mich, als konnte ich mich nicht auf sie verlassen und ich fühlte, dass ich nicht geliebt wurde. Später als ich etwa - als mein Vater das Haus verlassen hat, -ähm- nur - ähm- kam eine Menge Ärger bei hoch, wissen Sie, genug, um mein Gehirn platzen zu lassen - ähm- im [Alter] von 5“.

Ebenso ist der Rollentausch eine typische Erscheinung der verstrickten Bindungseinstellung. Dieser war noch ausgeprägter im Nachbehandlungsinterview mit Helena, bei dem sie sich noch konsistenter in einer leistungsfähigen Position gegenüber ihrem Vater präsentierte. Wieder auf den Vater bezogen, der sich Geld lieb, sagte sie,

„mein Vater rief an - und er wollte mit meiner Mutter sprechen - und ich sagte das kannst Du nicht - ich will nicht, dass Du mit ihr sprichst oder so etwas in der Art und da war ich 7 oder 8 Jahre alt; im Prinzip habe ich ihn über das Telefon beschimpft. Du bist ein Gammeler, Du wirst hier nicht nochmal anrufen und nach Geld fragen - vergiss es“.

Bemerkenswert ist, dass sie zu keinem Zeitpunkt spontan über ihre Erfahrung des sexuellen Missbrauchs spricht. Wenn sie direkt vom Interviewer gefragt wird, bestätigt sie den Missbrauch, aber auch hier in einer organisierten Art und Weise. Beachtlich ist auch, dass sie sogar kleinere Witze mit dem Interviewer macht - so stellt sie fest, dass sie während ihrer Kindheit starke Reaktionen auf Signale habe, die sie vage an das Trauma erinnert und dass in einer Weise, die sie nicht ganz verstanden hat; zum Beispiel war sie bei warmer Milch verärgert wegen seiner Ähnlichkeit zu Samen. Im Zuge dieser Beschreibungen witzelte sie: "Ja, ich meine niemals - stellen Sie niemals, Sie wissen schon, warme Milch vor mir hin.“ „Ich werde versuchen, daran zu denken.“ „Neeeeein, [Subjekt kichert] es geht jetzt. [Subjekt und Interviewer lachen] - jetzt ist das in Ordnung“.

Als sie über Verlust durch Tod gefragt wurde, lässt Helena erneut den Tod ihres Vaters im Interview zunächst aus und erwähnt ihn erst später, als sie über ihre Erwachsenenbeziehungen gefragt wird. Doch im Gegensatz zu dem vor allem spärliche und dissoziative Qualität zum Tode des Vaters im ersten Interview, beschreibt sie nun in signifikantem Detailreichtum die Anspannung, die sich bis zu dem Tod des Vaters aufbaute.

„Ich bin nicht mit ihm in Kontakt geblieben, er wollte nicht mit mir in Kontakt bleiben. -ähm- Ich habe ihm einen Brief geschrieben, mit 22 - ich flehte ihn an - mit mir zu reden, lass es uns besprechen, lass uns treffen, lass uns, Sie wissen schon, versuchen, uns wieder in Einklang zu bringen. Ich bin ein Lügner.“ („Er sagte, dass zu Ihnen.“) „Ja - er, naja, er sagte es meiner Mutter, weil er ja nicht mit mir sprach. Und dann, als ich 25 war und ich die Therapie mit - Sie wissen schon wer -ähm- sie sagte, wissen sie, sie sollten ihre Eltern auf konstruktive Weise wissen lassen, dass, Sie wissen schon, sie wütend auf sie gewesen sind und - Sie wissen schon - bla-bla-bla-bla-bla. Also, rief -ich- ihn an - Ich weiß gar nicht wovon Du da redest und - ich tat dies und - Du bla-bla-bla. - Ich weiß echt nicht wovon Du da redest, Du lügst. - Okay! Tschüss! - Sechs Monate später war er tot. Er hatte einen Herzinfarkt, fiel ins Koma und erwachte nicht mehr. - Eine Woche später war er tot“.

Die Beschreibung ihrer Beziehung vor seinem Tod ist geprägt von verstrickter Wut. Allerdings scheint die Wut einer organisierenden Funktion zu dienen - sie bricht nicht ab und verliert auch ihren Gedanken nicht mehr, ihr ist es möglich einen linearen Fortlauf der Ereignisse zu schildern. Selbstverständlich ist ihre Bearbeitung der Erfahrungen unter der Psychotherapie noch nicht beendet, und es ist beachtlich, dass sich weder der RF-Wert noch ihre Kohärenz sich nach einem Jahr geändert hat. Allerdings bietet die Auflösung um das Trauma ein gewisses Maß an Abstand und Perspektive auf das desorganisierte Material. Auf dieser solideren Basis kann die Arbeit der Integration beginnen.

Diskussion

Dieser Artikel schließt eine Lücke der Literatur, indem er die Forschung und die klinischen Befunde zur Bindung und des Reflective-Functionings Wertes der Borderline-Patienten mit und ohne komorbide narzisstische Pathologie präsentiert und zeigt, wie unterschiedlich sie sich im Laufe eines Jahres unter übertragungsfokussierter Psychotherapie verändern. Zuerst wurden Forschungsbefunde aus zwei RCTs vorgestellt, um die Gruppenunterschiede zwischen den Bindungsrepräsentationen und RF von NPD/BPD und BPD Patienten zu Beginn der Behandlung zu veranschaulichen und außerdem wurden zwei Fälle (aus dem Cornell-N.Y. RCT) vorgestellt, um zu zeigen welche Veränderungen der Bindung und der RF über den Verlauf eines Jahres unter übertragungsfokussierter Psychotherapie möglich sind. Insgesamt wurden sowohl die NPD/BPD wie auch die BPD-Patienten mit unsicherer-desorganisierter Bindungseinstellung zu Beginn der Behandlung eingestuft und wechselten im Laufe eines Jahres in übertragungsfokussierter Psychotherapie auf eine organisierte, wenn auch noch immer unsicher gebundene Bindungseinstellung.

Dennoch zeigte zum Zeitpunkt 1, Sara, die NPD/BPD Patientin, während des Interviews einen ständigen Wechsel zwischen zwei gegensätzlichen Bindungs-repräsentationen, sie wechselte zwischen vermeidend, abwertend und ambivalent, verstrickt, gegenüber ihren Bindungsfiguren, während Helena, die BPD/ nicht NPD Patientin, einen Zusammenbruch während der Beschreibung und Beantwortung von Fragen über die Kindheit, Verlust und Missbrauch sowie besorgniserregende Wut und periodische Zusammenbrüche in dissoziative Zustände während des Interviews zeigte, sobald Erinnerungen von frühen Traumata aktiviert wurden.

Somit, obwohl beide Patienten einen Mangel an Integration zwischen mehreren desorganisierten und unsicheren Arbeitsmodellen der Bindung im AAI zeigten, gab es erhebliche Unterschiede in der Art der zugrunde liegenden strukturellen Desorganisation und die damit verbundenen Arten der Abwehr und der Affektregulierung, sowohl im Inhalt als auch in Beschreibungscharakteristika im AAI. Saras Schwankungen zwischen vermeidender und verstrickter Bindung zeigt die unterschiedlichen Bindungs-repräsentationen von NPD/BPD Patienten und die narzisstische Pathologie, indem sie zwischen grandiosen und verletzlichen Manifestationen wechseln (Meyer & Pilkonis, 2011). Der Umstand, dass die NPD/BPD Patienten eher als cannot classify als die BPD Patienten bewertet wurden, stützt die klinische Beobachtung, dass wechselnde mentale Zustände von Grandiosität (vermeidend) und Verwundbarkeit (verstrickt) miteinander verknüpfte Aspekte der narzisstischen Störungen bei Patienten mit komorbider Borderline und narzisstischer Pathologie sind. Darüber hinaus gibt es in Saras Fall Anzeichen dafür, dass die Mechanismen der Abwertung/Idealisierung, die charakteristisch für vermeidende Bindungseinstellungen sind, dazu dienen, aktuelle überwäl-

tigende Wut, die typisch für verstickte Bindungen sind zu überwinden. Ebenso auffallend in Saras AAI ist ihre Art Bindungstraumata und Stress zu bewältigen, indem sie sich in eine autistischen Fantasie zurückzieht oder wie es Fonagy und Kollegen (2002) es bezeichnen, in den ‚als-ob Modus‘ fallen, um die furchtbaren Erfahrungen in einer abgekapselten Welt zu bringen in der Fantasie und Spiel möglich ist, die aber losgelöst von der Realität ist (Clemence et al., 2009). Im Gegensatz dazu, herrschten bei Helena die unreifen Mechanismen Dissoziation und Spaltung, die zuvor von plötzlichen Einbrüchen in das traumatische Material durch Ausfälle in der Logik und in der Beschreibung und letztere durch Verurteilung der elterlichen Figuren in verdeckender Idealisierung begleitet waren (insbesondere bei der Mutter).

Es ist interessant, dass, entsprechend dem Fall in der Cornell-N.Y. RCT, beide Patienten massiven Traumata berichten und sich auch viele Hinweise auf Missbrauch und Vernachlässigung im AAI finden. Saras Vater wurde wechselnd verstickt und ablehnend sowie emotional missbräuchlich in seinem extremen Druck etwas zu erreichen, wohingegen ihre Mutter, die depressiv und manchmal suizidal war, oft ihre emotionalen Bedürfnisse vernachlässigte, obwohl sie zugleich in regelmäßigen Abständen überängstlich war. Im Gegensatz dazu schlief Helenas Vater in ihrem Zimmer und missbrauchte sie sexuell, und sie erinnert sich an extremen körperlichen Missbrauch, beispielsweise, wie sie ihr Vater sie die Treppe stieß. Darüber hinaus vernachlässigt ihre Mutter ihre emotionale und körperliche Bedürfnisse, die oft verlassene Helena musste für sich selbst sorgen, während die Mutter lange arbeitete und es versäumte, Helena vor dem missbrauchenden Händen des Vaters zu schützen. Helenas Bericht extremer körperlicher Vernachlässigung fand sich in Saras Interview, die betonte, dass ihre Eltern grundsätzlich Essen und Schutz neben dem emotionalen und körperlichen Missbrauch zur Verfügung stellten. Die retrospektiven Berichte von Missbrauch und Vernachlässigung im AAI der beiden Patienten sind im Einklang mit früheren Befunden (Diamant et al., 2012) von nicht signifikanten Unterschieden in der berichteten Häufigkeit der sexuellen und körperlichen Missbrauch und emotionale Vernachlässigung, aber ein Trend zu einer Differenz zwischen den Gruppen auf körperliche Vernachlässigung. So gibt es Hinweise darauf, dass die beiden Patienten sich nicht signifikant in ihrer Erinnerungen an die Häufigkeit oder die Art des Traumas unterschieden, dafür aber in der Art und Weise wie sie diese Traumata erlebt haben und mit ihren Möglichkeiten diese zu bewältigen.

Interessant ist, dass nach einem Jahr der übertragungs-fokussierten Psychotherapie, beide Patienten eine Verschiebung zu unsicherer-organisierter Bindung zeigten, insbesondere zu verstrickter (wütender, Subtyp) Bindung, obwohl Helenas sich weiterhin unsicher-organisiert nach ungelöstem Trauma oder Verlust (U-Status) als sekundärer AAI Einstufung zeigt. Diese Verschiebung des primären Bindungsstatus von unorganisiert nach einem Jahr in organisiert, ist im Einklang mit den jüngsten Forschungserkenntnisse über die Veränderungen der AAI Einstufung von unsicheren zu sicheren und von unorganisiert zu organisiert nach einem Jahr unter einer psychodynamischen Behandlung zu bringen (Diamond et al, 2003; Gerber, 2004; Buchheim et al, 2012). Gerber (2004) verwendet beispielsweise in einer Studie das AAI, um die Verschiebungen in der Bindungsrepräsentationen im Laufe der Behandlung von 25 jungen Erwachsenen mit schweren Persönlichkeitsstörungen zu verfolgen, die der Reihe nach auf die Psychoanalyse oder psychodynamische Psychotherapie an der Anna Freud-Center zugewiesen wurden. Gerber stellte fest, dass für diejenigen, die als sicher oder vermeidend nach dem AAI bei der Aufnahme eingestuft wurden, einen Übergang zu verstickten Bindungsrepräsentanzen

in der Mitte Therapie zeigten und sie eine weitere Veränderung zu einer sicheren Bindung gegen Ende der Behandlung aufwiesen. So haben mehrere Studien gezeigt, dass das AAI eine sinnvolle Maßnahme ist, Veränderungen hinsichtlich der Bindungseinstellung zu verfolgen. Die Verschiebungen im Laufe der Behandlung können auch von Übertragung, Progression und Regression begleitet werden, die für die psychoanalytische Therapie charakteristisch sind. In beiden Fällen ist deutlich, dass Wut, Angst und Traurigkeit über vergangene Bindungstraumata, zuvor Verluste und Enttäuschungen abwehrten. Dies geschah entweder durch Entwertung (Sara) oder durch dissoziative Mechanismen (Helena). Die Mechanismen wurden in der Behandlung aktiviert und ein Jahr lang in organisierter Art und Weise zum Ausdruck gebracht und damit durchgearbeitet. Dabei wurde bei Sara bei der Durcharbeitung eine wesentliche Verbesserung sowohl der RF [(von Nachweisbarkeit (-1) bis markiert (6) RF)] und der Kohärenz [(von sehr niedrig (1,5) zu beinahe durchschnittlich (4)] nachgewiesen, während bei Helena nach einem Jahr der RF-Wert sowie die Kohärenz niedrig (5 oder weniger) blieben. Dabei sollte beachtet werden, dass die Kohärenz Subskala des AAI, in einer neun-Punkte-Subskala, die Organisation, Klarheit und Glaubwürdigkeit der Beschreibungen misst. Es ist beachtlich, dass die Subskala-Kohärenz am höchsten mit der gesamten Bindungssicherheit korreliert (Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2001), so wurde dies in der Vergangenheit in der Forschung dazu verwendet, um Veränderungen in Richtung Bindungssicherheit zu messen (Waters, Treboux, et al., 2001).

Obwohl die Verbesserungen der RF und der Kohärenz in Saras Fall mit den zuvor beschriebenen Erkenntnissen der ganzen Studie konsistent sind, ist das Verbleiben von Helenas RF-Wert sowie ihr Kohärenz-Wert nicht im Einklang mit den signifikanten Verbesserungen dieses Ratings für die Mehrzahl der Patienten in übertragungsfokussierter Psychotherapie in der Gesamtstudie zu bringen (Levy et al., 2006). Es sollte jedoch beachtet werden, dass die bisherigen Forschung nicht nur im Zusammenhang mit Kindesmissbrauch und Vernachlässigung und BPD (Zanarini, 2000) erfolgten, sondern gerade auch zwischen unorganisiert (ungelöst) AAI-Status und Schwere der BPD Symptome, niedrigere globale psychosoziale Funktion und geringere Ebenen der Persönlichkeitsorganisation durchgeführt wurden (Buchheim et al., 2012). Obwohl die Verschiebung von ungelösten-unorganisierten zu unsicher-organisiert auf dem AAI nach einem Jahr die Veränderung der inneren Arbeitsmodelle der Bindung sowohl für NPD/BPD und BPD/Nicht-NPD-Patienten und damit die Wirksamkeit von übertragungsfokussierter Psychotherapie zeigt, ist es möglich, dass bei Personen mit schweren Traumata diese Verschiebung langsamer ist. Dass diese Veränderung für Sara, die NPD/BPD Patientin, durch erhebliche Verbesserung sowohl narrativer Kohärenz sowie RF begleitet wurde, zeigt die Wirksamkeit der übertragungsfokussierten Psychotherapie für Mentalisierungsprozesse und Bindungssicherheit für NPD/BPD Patienten. Dieser Fall zeigt auch, dass narzisstische Pathologie im Zusammenhang mit der BPD potentiell als Schutz- oder Stabilisierungsfaktor dienen kann, bei intermittierend schutz- oder ermutigenden oder bestrafenden Elternfiguren. Insgesamt zeigen beide Fälle die Nützlichkeit des AAI. Damit kann sowohl die Vorstellungswelt der Patienten mit Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörungen bewerten als auch das subtile Zusammenspiel von Veränderungen der RF und Bindungssicherheit im Laufe einer übertragungsfokussierten Psychotherapie verfolgt werden.

Literatur

- Ainsworth, M.A., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- Appelbaum, S. A. (2005). Supportive psychotherapy. In J.M. Oldham, A.E. Skodol, & D.S. Bender (Hrsg.), Textbook of personality disorders (S. 311-526). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bach, S. (1985). Narcissistic states and therapeutic process. New York, NY: Jason Aronson.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., & van IJzendoorn, M.H. (2009). The first 10,000 adult attachment interviews: Distributions of adult attachment in clinical and nonclinical groups. *Attachment & Human Development*, 11, 225-265.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the adult attachment interview. *Attachment & Human Development*, 5, 64-77.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51.
- Bender, D.S. (2012). Mirror, mirror on the wall: Reflecting on narcissism. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 68, 877-885.
- Blatt, S.J., & Levy, K.N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 102-150.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, 130, 201-210.
- Bowlby, J. (1988). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. New York, NY: Basic Books.
- Buchheim, A., & George, C. (2011). Attachment disorganization in borderline personality disorder and anxiety disorder. In J. Solomon & C. George (Hrsg.), *Disorganized attachment and caregiving* (S. 545-582). New York, NY: Guilford Press.
- Buchheim, A., Hörz, S., Rentrop, M., Doering, S., & Fischer-Kem, M. (2012). Attachment status before and after one year of transference focused psychotherapy (TFP) versus therapy as usual (TAU) in patients with borderline personality disorder. Paper presented at the 2nd International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders. Amsterdam, The Netherlands.
- Cain, N.M., Pincus, A.L., & Ansell, E.B. (2008). Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clinical Psychology Review*, 28, 638-656.
- Caligor, E., Diamond, D., Yeomans, F., & Kernberg, O.F. (2009). The interpretive process in the psychoanalytic psychotherapy of borderline personality pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57, 271-501.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F., & Kernberg, O. F. (Eds.). (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Clemence, A., Perry, & Plakun, E.M. (2009). Narcissistic and borderline personality disorders in a sample of treatment refractory patients. *Psychiatric Annals*, 39, 175-184.
- Diamond, D., Clarkin, J., Hörz, S., Levy, K., Fischer-Kem, M., Cain, N., ... Buchheim, A. (2012). Attachment and reflective function in patients with comorbid NPD/BPD. Paper presented at the 2nd International Congress on Borderline Personality, Berlin, Germany.
- Diamond, D., Levy, K.N., Clarkin, & Fischer-Kem, M., Cain, N., Doering, S., ... Buchheim, A. (2014). Attachment and mentalization in patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Personality Disorders.- Theory, Research and Treatment*.
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J.F., & Levy, K.N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 227-259.
- Diamond D., & Yeomans, F.E. (2008). Psychopathologies narcissiques et psychothérapie focalisée sur le transfert [Narcissism, its disorders and the role of transference-focused psychotherapy]. *Santé Mentale au Québec*, 33, 115-139.

- Diamond, D., Yeomans, F.E., & Levy, K.N. (2011). Psychodynamic psychotherapy for narcissistic personality disorder. In K. Campbell & Miller (Hrsg.). *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatment* (S. 423-433). New York, NY: Wiley.
- Dickinson, K.A., & Pincus, A.L. (2005). Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 188-207.
- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kem, M., Schuster, P., Benecke, C., ... Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395.
- Fischer-Kem, M., Buchheim, A., Hörz, S., Schuster, P., Doering, S., Kapusta, N.D., ... Fonagy, P. (2010). The relation of personality organization, reflective functioning, and psychiatric classification in borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 395-409.
- Fonagy, P., & Bateman, A.W. (2005). Attachment theory and mentalization-oriented model of borderline personality disorder. In J.M. Oldham, A.E. Skodol, & D.S. Bender (Hrsg.), *Textbook of personality disorders* (S. 187-207). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development & Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual: version 5.2 for the application to the adult attachment interviews*. Unpublished manuscript, University College London, London, UK.
- Gerber, A.J. (2004). *Structural and symptomatic change in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy; A quantitative study of process, outcome, and attachment* (Unpublished doctoral dissertation). University College London, London, UK.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The adult attachment interview protocol*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Grienemberger, J.F., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7, 299-311.
- Gunderson, J.G., Ronningstam, E., & Smith, L.E. (1995). Narcissistic personality disorder. In J. Livesley (Hrsg.), *7th DSM-IV personality disorders* (S. 201-238). New York, NY: Guilford Press.
- Hesse, E. (2010). The adult attachment interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (S. 552-598). New York, NY: Guilford Press.
- Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganized infant, child and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097-1127.
- Hilsenroth, M.J., Holdwick, D.J., Castlebury, F.D., & Blais, M.A. (1998). The effects of DSM-IV cluster B personality disorder symptoms on the termination and continuation of psychotherapy. *Psychotherapy*, 35, 165-176.
- Hörz, S., Diamond, D., Clarkin, J., Levy, K., Fischer-Kern, M., Rentrop, M., Doering, S. (2011, September). Comorbid narcissistic personality disorder in patients with borderline personality disorder. Paper presented at the Third International TFP Conference, White Plains, NY.
- Hörz, S., Diamond, D., Clarkin, J., Levy, K., Fischer-Kem, M., Rentrop, M., Doering, S. (2012). Comorbid narcissistic personality disorder in patients with borderline personality disorder. Paper presented at the 2nd International Congress on Borderline Personality Disorder and Allied Disorders, Amsterdam, The Netherlands.
- Hörz, S., Diamond, D., Clarkin, J. F., Levy, K. N., Rentrop, M., Fischer-Kem, M., ... Doering, S. (2015). Comorbid narcissistic personality disorder in patients with horderline personality disorder. Unpublished manuscript.
- Kernberg, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, NY: Jason Aronson.

- Kernberg, O.F. (1984). *Severe personality disorder: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1997). Pathological narcissism and narcissistic personality disorders: Theoretical background and diagnostic classification. in E. F. Ronningstam (Hrsg.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (S. 29-51). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kernberg, O.F. (2007). The almost untreatable narcissistic patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 503-539.
- Kernberg, O.F. (2009). Narcissistic personality disorders: Part I: *Psychiatric Annals*, 39, 105-166.
- Kernberg, O.F. (2010). Narcissistic personality disorder. In J. F. Clarkin, P. Fonagy, & G. O. Gabbard (Hrsg.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (S. 257-287). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York, NY: International Universities Press.
- Levy, K. N. (2012). Subtypes, dimensions, levels, and mental states in narcissism and narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 68, 886-897.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., Reynoso, J.S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O.F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Levy, K.N., Reynoso, J.S., Wasserman, R.H., & Clarkin, J. F. (2007). Narcissistic personality disorder. In W.T. O'Donohue, K.A. Fowler, & S.O. Lilienfeld (Hrsg.), *Personality disorders: Toward the DSM-V* (S. 255-277). Thousand Oaks, CA; Sage.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Loranger, A.W. (1999). *International personality disorder examination (IPDE): DSM-IV and ICD-10 Modules*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Main, M., Hesse, E., & Goldwyn, R. (2005). *Adult Attachment scoring and classification system: version 7.2*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2011). Attachment theory and narcissistic personality disorder. In K. Campbell & J. Miller (Hrsg.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatment* (S. 454-444). New York, NY: Wiley.
- Otway, L. j., & Vignoles, V. L. (2006). Narcissism and childhood recollections: A quantitative test of psychoanalytic predictions. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 32(1), 104-116.
- Patrick, M., Hobson, P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development & Psychopathology*, 6, 375-388.
- Pfohl, B., Coryell, W., Zimmerman, M., & Stangl, D. (1986). DSM-III personality disorders; Diagnostic overlap and internal consistency of individual DSM-III criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 27(1), 21-34.
- Roche, M.J., Pincus, A.L., Conroy, D.E., Hyde, A.L., & Ram, N. (2013). Pathological narcissism and interpersonal behavior in daily life. *Personality Disorders: Theory, Treatment & Research*, 4, 315-323.
- Ronningstam, E. (2010). Narcissistic personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, 12, 68-75.
- Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder in DSM V: In support of retaining a significant diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 248-259.
- Ronningstam, E., & Gunderson, J. (1991). Differentiating borderline personality disorder from narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5, 225-232.
- Rosenstein, D.S., & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Simonsen, S., & Simonsen, E. (2011). Comorbidity between narcissistic personality disorder and Axis I diagnoses. In K. Campbell, & J. Miller (Hrsg.), *The handbook of narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical approaches, empirical findings, and treatment* (S. 239-247). New York, NY: Wiley.
- Smolewska, K., & Dion, K.L. (2005). Narcissism and adult attachment: A multivariate approach. *Self & Identity*, 4, 59-68.
- Stern, A. (1986). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. In M. Stone (Hrsg.), *Essential papers on borderline disorders* (S. 54-73). New York, NY: New York University Press.

Stern, B.L., Yeomans, F., Diamond, D., & Kernberg, O. F. (2011). Transference-focused psychotherapy (TFP) for narcissistic personality disorder. In J.S. Ogronczuk (Hrsg.), *Understanding and treating narcissistic personality disorder* (S. 235-252). Washington, DC: American Psychiatric Press.