

Sabine Ringel, Matr.-Nr. 033625

Borderline-Persönlichkeitsstörung und Bindung

Bachelor-Arbeit zur Erlangung des Akademischen Grades

„Bachelor of Arts“ (B.A.)

im Studiengang

“Soziale Arbeit”

an der

Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik „Alice Salomon“

eingereicht im Sommersemester 2008

am 22. April 2008

Erstgutachterin: Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Brigitte Geißler-Piltz

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Bindung und Borderline-Störung	4
2.1	Bindungstheorie	4
2.1.1	Bindungsmuster nach Ainsworth	5
2.1.2	Konzept der „elterlichen Feinfühligkeit“	7
2.2	Beschreibung der Borderline-Störung	8
2.2.1	Entwicklung der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung	8
2.2.2	Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM IV	10
2.3	Abwehrmechanismen	11
2.4	Erklärungsmodelle für die Entwicklung einer Borderline-Störung	12
2.4.1	Anlagebedingte Faktoren	13
2.4.2	Das Neurobehaviorale Entstehungsmodell	15
2.4.3	Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren	16
2.5	Bindungsbezogene Entstehungsmodelle	16
2.5.1	Störung des Prozesses von Loslösung und Individuation	17
2.5.2	Mislingen der Integration von guten und bösen Objektbeziehungen	21
2.5.3	Fehlende elterliche Feinfühligkeit	23
2.5.4	Mangelnde Mentalisierungsfähigkeit	24
2.5.5	Bindungsmuster	28
2.5.6	Bedeutung von Traumatisierungen	30
3	Diskussion	33
3.1	Mutter-Kind-Beziehung	33
3.2	Traumatisierungen	39
3.3	Weitere Faktoren	42
3.4	Fazit der Diskussion	46

4 Schluss	48
5 Literaturverzeichnis	54
Erklärung	59

1 Einleitung

In meinem Praktikum sammelte ich erste intensive Erfahrungen mit einer Jugendlichen, bei der eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde. Im Kontakt mit ihr stieß ich nicht nur einmal an meine Grenzen. Ich konnte ihr Verhalten oft nicht nachvollziehen. Beispielsweise äußerte sie in einem Moment „Ich hab dich lieb“ und im anderen „Ich hasse dich“. Aufgrund vieler solcher Ereignisse stellte ich mir häufig die Frage nach dem „Warum“ und welche Ursachen es für diese Verhaltensweisen gibt. Mir war zwar bewusst, dass dieses „Hin und Her“ bzw. dieses „Schwarz und Weiß“ zu dem Störungsbild gehört, doch ich fragte mich nicht selten, wie eine solche Problematik entstehen kann.

Nach Meinung von Hofman (2002) können Helfende wie PädagogenInnen und TherapeutenInnen nur effizient mit den Betroffenen arbeiten, wenn sie das Störungsbild in seiner Komplexität verstehen. Da ich mich dieser Erfahrung anschließen kann, soll in meiner Bachelorarbeit thematisiert werden, welche Erklärungsmöglichkeiten in Bezug auf die Bindung im frühkindlichen Alter es für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gibt. Dies soll theoretisch erarbeitet werden. Wie bereits beschrieben, ist das Arbeiten mit Menschen mit einer Borderline-Problematik höchste Herausforderung. Daher soll Ziel der Arbeit sein, das Verständnis des Störungsbildes zu erweitern und infolgedessen auch die Handlungsmöglichkeiten in der pädagogisch-therapeutischen Arbeit.

Die Bachelorarbeit ist in vier Kapitel gegliedert. Nach diesem einleitenden Kapitel beschäftigt sich das zweite Kapitel mit der Beschreibung der Borderline-Störung, mit der Bindungstheorie und welche Bedeutung die Bindung für die Entwicklung einer Borderline-Problematik hat. Im dritten Kapitel werden die Ergebnisse der Literatur diskutiert und journalistisch anhand eines Experteninterviews unterlegt. Im vierten und letzten Kapitel dieser Arbeit werden Schlussfolgerungen getroffen, die zum Verständnis dieser Problematik beitragen, sowie Hinweise für die therapeutisch-pädagogische Arbeit mit diesen Klienten geben.

2 Bindung und Borderline-Störung

Im Kapitel 2 geht es zunächst um die Bindungstheorie. Den größten Einfluss auf Theoriebildung wie Forschung hatten die Schriften von John Bowlby (1980; 1982). Seine Erkenntnis, dass es ein angeborenes Bindungs- und Explorationssystem beim Kind gibt, traf jedoch zunächst besonders bei Psychoanalytikern auf großen Widerstand, obwohl er selbst Psychoanalytiker war. Die spezifische Kennzeichnung bindungsrelevanter Arbeitsmodelle gelang Ainsworth et al. (1969, 1978) und Main (1991) mit dem Fremde-Situation-Test. Eine gewichtige Rolle spielt hierbei die Feinfühligkeit der primären Bezugsperson.

Der zweite Teil dieses Kapitels handelt von der Beschreibung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, insbesondere von der Entwicklung des Begriffes Borderline, der Diagnose und deren Kriterien. Diese werden anhand des DSM IV dargestellt, da es die Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung exakter beschreibt, als das in den meisten Mitgliedsstaaten der WHO verwendete ICD 10.

2.1 Bindungstheorie

Die Bindungstheorie beschäftigt sich mit der Beziehung zwischen Kind und primärer Bezugsperson in den ersten Lebensjahren und den daraus resultierenden Auswirkungen für die weitere Entwicklung des Kindes. John Bowlby (2005), der als „Vater“ der Bindungsforschung gilt und in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewann, ist der Ansicht, dass die frühkindliche Bindung zu den Eltern für die seelische Entwicklung des Kindes von entscheidender Bedeutung ist (vgl. Herbert, 1999, S. 11 f.; vgl. Hofmann, 2002, S. 192).

Diese erste Bindung richtet sich gewöhnlich auf die Mutter und nur selten auf eine andere vertraute Person. Ob eine Bindungsperson als sichere Basis dienen kann, hängt von der Qualität der Interaktionsmuster ab, die sich zwischen Kind und Bindungsperson entwickelt haben. Daraus entsteht ein inneres Arbeitsmodell, welches sich das Kind aufgrund von Erfahrungen, die es

mit seinen Eltern macht, konstruiert. Diese Arbeitsmodelle verdichten das Wissen über sich selbst und dem Bindungspartner. Dies dient zur Regulierung, Interpretation und Vorhersage von bindungsrelevanten Verhaltensweisen, Gefühlen und Gedanken. Sie repräsentieren die wechselseitige Eltern-Kind-Beziehung vgl. Hofmann, 2002, S. 194; vgl. Bretherton, 2001, S. 169, 172). Bowlbys Konzept der inneren Arbeitsmodelle weist Ähnlichkeit mit dem psychoanalytischen Konzept der internalisierten Selbst- und Objektrepräsentanzen auf, also mit der Objektbeziehungstheorie. Diese Beziehungen können in unterschiedlicher Qualität bestehen. Die Bindungstheoretikerin Mary Ainsworth (1978) fand bei ihren Untersuchungen der „Fremden Situation“ drei Bindungsmuster. Dies wird im Folgenden näher erläutert.

2.1.1 Bindungsmuster nach Ainsworth

Die „Fremde Situation“ ist ein standardisiertes Minidrama zur Erfassung des frühkindlichen Bindungsverhaltensmusters. Dies wird mit ca. 12 Monate alten Kindern und ihren Bindungspersonen in einer für sie fremden Umgebung durchgeführt. Durch die Fremdheit und die kurzfristige Trennung von der Mutter wird das Bindungssystem aktiviert. In dem Raum befindet sich außerdem eine fremde Spielpartnerin. Es wird die Reaktionsweise des Kindes vor der Trennung, während der Trennung und nach der Trennung beobachtet.

Sichere Bindung (B)

Die Bindungsperson ist die sichere Basis für Exploration. Diese Kinder zeigen offen ihren Kummer gegenüber der Bindungsfigur. Sie suchen Nähe bei der Wiedervereinigung und sind sich sicher, dass diese Person Leid beenden kann. Das Kind ist leicht zu trösten und gewinnt Sicherheit aus der Nähe der Bezugsperson. Es zeigt Freude die Bindungsfigur wieder zu sehen. Es widmet sich wieder der Erkundung bzw. dem Spiel.

Unsicher-vermeidende Bindung (A)

Negative Gefühle werden gegenüber der Bindungsperson unterdrückt bzw. verborgen. Beim Wegfall der Bezugsperson zeigt es kein Trennungsleid. Die Explorationsaktivität verringert sich kaum oder gar nicht. Bei Rückkehr der Bindungsperson verhalten sie sich vermeidend, indem sie sie ignorieren, wegschauen, wegrehen, sich dem Spielzeug zuwenden. Die Fremde wird nicht vermieden, sondern häufig freundlicher während des Spiels behandelt. Herzratenmessungen und Messung der Hormonausschüttung zeigen den Stresszustand des Kindes an. Dies ist an ihrem Verhalten nicht ersichtlich.

Unsicher-ambivalente Bindung (C)

Das Kind zeigt wenige Bedürfnisse nach Exploration aufgrund dauerhafter Angst vor Trennung von der Bindungsperson. Es ist zurückhaltend und ängstlich neuen Dingen und fremden Personen gegenüber. Es zeigt bei der Trennung untröstbare Verzweiflung. Es erhält bei Wiedervereinigung mit der Bindungsperson wenig Sicherheit. Das Kind sucht Nähe und sträubt sich gleichzeitig dagegen, deshalb sind sie auch nur schwer zu beruhigen.

Desorganisation (D) (erweitert von Main)

Es gab bei Untersuchungen mit diesem Test immer wieder Kinder, die nicht in die drei Bindungsmuster einzuordnen waren. Die Mehrzahl dieser Kinder zeigte ein desorganisiertes bzw. desorientiertes Verhalten in Anwesenheit der Mutter. Man kann zwar eine der drei Bindungsmuster erkennen, doch werden diese durch seltsame Verhaltensweisen unterbrochen. Die Kinder haben aufgrund von verängstigten bzw. selbst verängstigten Bezugspersonen keine Handlungs- und Verhaltensstrategie für bedrohliche Situationen entwickeln können. In Studien mit misshandelten Kindern kann das desorganisierte Verhalten als Folge von Traumatisierung durch bedrohliche Bezugspersonen verstanden werden. Desorganisiertes Verhalten ist auch bei Kindern zu beobachten, deren Bezugsperson selbst traumatisiert ist (vgl. Hofmann, 2002, S. 196 ff.; vgl. Grossmann et al., 2001, S. 146 f.). Diese Kategorie wird in der Literatur heterogen verwendet. Häufig wird sie als eigene Kategorie benutzt und nicht als Zusatz zu einer der drei Bindungsmustern, wie es hier beschrieben ist.

2.1.2 Konzept der „elterlichen Feinfühligkeit“

Auf Grundlage dieser Empirie (Ainsworth, 1978) sind die Konzepte der „mütterlichen Feinfühligkeit“, der „mütterlichen Kooperation vs. Beeinträchtigung“ und der „mütterlichen Akzeptanz vs. Zurückweisung“ entstanden. Unter mütterlicher Feinfühligkeit wird die Bereitschaft verstanden, die Äußerungen des Kindes wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und angemessen und prompt zu reagieren. Fehlende Kooperation bezeichnet, dass das Kind nicht als eine Persönlichkeit mit eigenen Wünschen und Gefühlen ernst genommen wird. Es wird dadurch von der Mutter bevormundet. Mütterliche Akzeptanz meint die Annahme oder Zurückweisung, die das Kind aufgrund seiner individuellen Eigenarten erfährt. Dies können das Geschlecht, das Aussehen, das Temperament oder auch eine Behinderung des Kindes sein. Die individuellen Unterschiede der Mütter spiegeln sich in der Befindlichkeit des Kindes wider. Es lernt schon früh, ob seine Signale gegenüber der Mutter Leid beenden und Bedürfnisse gestillt werden. Dies hat großen Einfluss auf die Exploration, denn dafür benötigt es eine sichere Basis, die Schutz bei Gefahren und Kummer bietet (vgl. Grossmann et al., 2001, S. 145 f.).

Im Modell der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualitäten von Main (1991) kommt der Qualität der metakognitiven Fähigkeiten der Mutter eine zentrale Bedeutung zu. Gergely, Fonagy und Target (2003) sind ebenfalls dieser Ansicht. Diese Fähigkeit der Mutter beinhaltet über die Unmittelbarkeit des Gegebenen hinauszugehen und das dem Verhalten zugrunde liegende mentale Geschehen beim Kind zu erfassen. Auch Winnicott und Bion haben Konzepte entwickelt, in denen die Fähigkeit der Mutter erfasst wird, das Kind als potentiell eigenständige Person mit eigenen Wünschen, Vorstellungen und Gefühlen anzuerkennen. Das bedeutet, ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen in Bezug auf das Kind abgrenzen zu können von ihren Wünschen und Vorstellungen in Bezug auf sich selbst. Winnicott (1965, 1971) hat mit seinen Konzepten gezeigt, wie wichtig diese Fähigkeit für die Selbstentwicklung des Kindes ist.

2.2 Beschreibung der Borderline-Störung

Jeder Mensch hat manchmal Angst vor Trennung und Zurückweisung, Unklarheit über die eigene Identität, ein Gefühl von Leere und Stimmungsschwankungen erlebt. Borderline-PatientInnen leben jedoch fast ständig mit diesen Ängsten und Unsicherheiten und erleben diese in einem viel größeren Ausmaß (vgl. Kreisman & Straus, 2005, S. 15, 37). Die Prävalenz der Borderline-Störung in der Allgemeinbevölkerung kann mit etwa 1,2% angegeben werden. Frauen machen einen größeren Anteil von circa 60 – 70% aus. Eine norwegische Feldstudie zeigte, dass sich 80% der Borderline-PatientInnen in psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung befinden. Im stationären Bereich erfüllen in den USA 15% die diagnostischen Kriterien nach dem DSM III-R. Die Kriterien nach DSM IV werden im Nachfolgenden aufgezeigt (vgl. Bohus, 2002, S. 10). Doch zunächst soll erst einmal erläutert werden, wie sich die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt hat.

2.2.1 Entwicklung der Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung

Der Begriff wurde erstmalig 1938 von Adolf Stern (1938) geprägt, um PatientInnen zu beschreiben, für die weder die Diagnose Neurose noch Psychose zutreffend war. Aufgrund dieser Grenzfälle wurde der Begriff „Borderline“ genutzt, da Symptome psychotischer und neurotischer Störungen beobachtet wurden. Zwischen 1920 und 1965 erschienen zahlreiche Arbeiten, die die Borderline-Störung dem schizophrenen Formenkreis zuordneten. In den siebziger Jahren entwickelten sich zwei bedeutende Richtungen, um die Kriterien der Borderline-Störung klar zu definieren. John Gunderson (zit. n. Kreisman & Straus, 2005) entwickelte eine auf der Verhaltensforschung orientierte Definition. Diese wurde 1980 vom DSM III übernommen, da sie relativ neutral ist. Ziel war es, im DSM die reine phänomenologische Ebene der Störung zu beschreiben frei von den verschiedenen Richtungen der Psychologie. Die andere, stärker psychostrukturelle Methode zur Beschreibung der Störung, wurde 1967 von dem klassischen Psychoanalytiker Otto Kernberg

(1967) in seiner Arbeit „Borderline Personality Organisation“ veröffentlicht. Die wesentlichen Eigenschaften waren für Kernberg ein wechselnder Wirklichkeitsbezug, stark eingeschränkte Frustrationstoleranz, primitives Denken, unreife Abwehrmechanismen und eine verzerrte Selbst- und Fremdauffassung (vgl. Bohus, 2002, S. 3; vgl. Kreisman & Straus, 2005, S. 246; vgl. Pfeifer & Bräumer, 2002, S. 18 ff.). Wechselnder Wirklichkeitsbezug meint, dass sich bei Borderline-PatientenInnen unter Stress kurzzeitig die Realitätswahrnehmung verzerren kann.

Primitives Denken bedeutet, obwohl Borderline-PatientenInnen ihre Aufgaben gut erfüllen können, bestehen starke Selbstzweifel, Ängste und Bedenken. Diese Ängste sind mit den extremen Ängsten eines Kleinkindes, welches sich von der Mutter entfernt, vergleichbar. Unter primitiven Abwehrmechanismen bei Menschen mit einer Borderline-Störung versteht man die unreifen Bewältigungsmuster in schwierigen Situationen. Borderline-PatientenInnen teilen ihre soziale Umwelt in die Extreme gut und böse ein. Eine differenzierte Wahrnehmung gibt es nicht, da dies Unsicherheit auslösen würde.

Zwei weitere Eigenschaften nach Kernberg sind die Selbstauffassung und die Auffassung von anderen. Es fehlt ein Kernidentitätsgefühl bei Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dadurch ist nicht nur das eigene Innere, sondern auch die Beziehung zu anderen sehr instabil. Sie stützen sich nicht auf beständige zusammenhängende Erfahrungen in Bezug auf eine Person, sondern auf die aktuelle Wahrnehmung (vgl. Pfeifer & Bräumer, 2002, S. 20 ff.). Obwohl Kernbergs Konzept nicht von der American Psychiatric Association übernommen wurde, spielt es eine bedeutende Rolle für die Praxis (vgl. Kreisman & Straus, 2005, S. 247). Im Folgenden werden die Kriterien nach dem aktuellen DSM IV dargestellt.

2.2.2 Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM IV

Diagnostische Kriterien für 301.83 (ICD10-F60.31) Borderline-Persönlichkeitsstörung

- Tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität
- Beginn im frühen Erwachsenenalter
- Manifestiert sich in den verschiedenen Lebensbereichen

Mindestens fünf der nachfolgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“)
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder – drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität, die auf ausgeprägte Stimmungsänderungen zurückgeführt werden kann (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).

9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome. (vgl. Bohus, 2002, S. 5 f.)

2.3 Abwehrmechanismen

Abwehrmechanismus ist ein Begriff aus der Psychoanalyse, der jedoch auch von anderen Richtungen der Psychologie benutzt wird. Als Abwehrmechanismus wird der Umgang mit schwierigen Situationen oder Gefühlen bezeichnet. Es werden reife und unreife Abwehrmechanismen unterschieden. Wie bereits erwähnt, gehen Borderline-PatientInnen unreif mit Konflikten um. Menschen mit einer Borderline-Problematik haben nicht die Fähigkeit, bei sich und anderen „gute“ und „böse“ Anteile zu integrieren. Sie spalten, das bedeutet, dass es für sie entweder nur gut oder nur böse gibt.

Die Spaltung stellt den Hauptabwehrmechanismus der Borderline-Personen dar. Sie dient der Angstreduzierung, denn so kann der „gute Bereich“ nicht vom „schlechten Bereich“ verunreinigt werden. Die Verhältnisse sind klar und es gibt keine Irritation (vgl. Pfeifer & Bräumer, 2002, S. 21 f.; vgl. Dulz & Schneider, 1995, S. 34 f.; vgl. Lohmer, 2000, S. 76). Doch um alle Menschen in die eine oder in die andere Schublade stecken zu können, werden Hilfsmechanismen benötigt, die es ermöglichen selbst dann die Spaltung aufrechtzuerhalten, wenn äußere Bedingungen es unmöglich erscheinen lassen. Diese sind primitive Idealisierung, Entwertung, projektive Identifizierung, Verleugnung und Omnipotenz.

Unter primitiver Idealisierung versteht man infantile Reaktionen, die Schutz vor der „bösen“ Welt geben sollen. Ideale Bezugspersonen sind immer gut, immer verfügbar, wissen und können alles. Die daraus resultierenden überhöhten Erwartungen an die Bezugspersonen werden zwangsläufig enttäuscht. Somit löst sich die Idealisierung durch Entwertung ab. Das Objekt gilt nun als wertlos und unzureichend. Bei der projektiven Identifizierung werden innerseelische Anteile aus der eigenen Psyche ausgelagert und auf eine andere Person übertragen. Meist geht es um aggressive Anteile. Projektion bedeutet, dass eigene Anteile externalisiert, also ausgesondert werden.

Identifizierung meint, dass der/die Andere mit diesem Anteil identifiziert und mittels Interaktion dazu gebracht wird, ihn auch selbst zu empfinden. Es entsteht bei dem/der Borderline-PatientenIn ein Gefühl der Verschmelzung mit der Person, auf die sich die projektive Identifizierung bezieht. Der/Die Borderline-PatientIn versucht auf diese Weise die verleugneten und zurückgewiesenen Anteile des Selbst in anderen aufzubewahren und sie so zu kontrollieren.

Omnipotenz ist die innere Befindlichkeit, die Entwertung motiviert. Omnipotenz bedeutet, dass Borderline-PatientenInnen sich allmächtig fühlen und allen anderen überlegen sind. Sie ziehen sich in eine Welt von Größenphantasien zurück. Dadurch wird eine scheinbare Unabhängigkeit von der Umgebung und vor allem vor bedrohlich erlebten Menschen phantasiert. So werden sie vor Kränkung und Verlassenwerden geschützt und stabilisieren ihren Selbstwert. Ziel ist die Maximierung ihrer Autonomie.

Mit Hilfe der Verleugnung werden eigentlich bekannte Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle „ausgeblendet“ und sind tatsächlich zu dem Zeitpunkt der Verleugnung nicht abrufbar. Borderline-PatientenInnen können selbst eigentlich unstrittige äußere Realitäten soweit verleugnen, dass die damit verbundenen Ereignisse und Gefühle auch nicht abrufbar sind, wenn sie direkt mit diesen Realitäten konfrontiert werden (vgl. Lohmer, 2000, S. 77; vgl. Dulz & Schneider, 1995, S. 36 ff.; vgl. Hofmann, 2002, S. 133 ff.).

2.4 Erklärungsmodelle für die Entwicklung einer Borderline-Störung

Die Faktoren, die zu einer Borderline-Störung beitragen, sind häufig generationenübergreifend. Ist es Veranlagung oder Erziehung? Dies wird in der Literatur nach wie vor kontrovers diskutiert. Die Frage nach der Genese der Borderline-Störung geht häufig mit der Konfusion von neurobiologischen, bindungstheoretischen und psychodynamischen Faktoren einher. Diese werden nun näher dargestellt.

2.4.1 Anlagebedingte Faktoren

Nach psychiatrischem Verständnis spielen genetische und biologische Faktoren eine wesentliche Rolle bei der Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dies wird durch die Tatsache unterstützt, dass jeder Mensch anders auf eine kümmerliche Erziehung reagiert. Sogar zahlreiche Fachleute, die die Bedeutung der Entwicklungseinflüsse akzeptieren, gehen davon aus, dass auch biologische Veranlagung eine Rolle spielt (vgl. Kreisman & Straus, 2005, S. 89).

Biochemisches Ungleichgewicht

In neueren Untersuchungen konnte ein Zusammenhang zwischen Impulsivität und Abnormitäten im Serotonin-Stoffwechsel, einem chemischen Neurotransmitter, festgestellt werden. Dies kann ebenfalls eine Erklärung für die Impulsivität von Borderline-PatientenInnen darstellen. Das so genannte selbstschädigende Verhalten könnte demnach als Selbstbehandlung der inneren emotionalen Zustände betrachtet werden. Die Selbstverletzung kann zur Abgabe von Endorphinen führen. Dies sind körpereigene, betäubende Substanzen, die bei körperlich belastenden Aktivitäten Beruhigung bzw. Erleichterung bringen (vgl. ebenda, S. 90).

Neurologische Komponenten

Es gab in den letzten Jahren Untersuchungen der funktionellen und topographischen Anatomie von Hirnarealen bei Borderline-PatientenInnen, die auf eine Bedeutung für die Induktion und Regulation von Affekten hinweisen ließen. Limbische, paralimbische und neokortikale frontale Strukturen spielen also eine zentrale Rolle für emotionale, motivationale, kognitive und motorische Verarbeitungsprozesse (Tucker et al., 1995; zit. n. Bohus, 2002). Neuere Forschungen zeigen, dass dauerhafter Stress oder erhebliche Verwahrlosungserfahrungen in der Kindheit neurobiologische Reifungsprozesse beeinträchtigen und somit zu assoziierten kognitiven und emotionalen Störungen führen können (vgl. Bohus, 2002, S. 14).

Erste Untersuchungen ergaben Hinweise auf Störungen im präfrontalen Cortex sowie in der Amygdala und dem Hippokampus. Da der präfrontale Cortex eine bedeutende Rolle bei der Regulation der Amygdala und bei der Kontrolle von konditionierten Furchtreaktionen spielt, kann auch hier von funktionellen neuroanatomischen Störungen der Affektregulation ausgegangen werden. Zudem lässt sich aus Schlafstudien an Borderline-PatientInnen ein Zusammenhang zwischen affektiver Instabilität und cholinergem Aktivität ableiten. Das cholinerge System spielt eine Rolle bei der Regulierung des REM-Schlafs. Bei Borderline-PatientInnen findet sich eine verminderte und stärker schwankende REM-Phase. Darüber hinaus findet sich bei Borderline-PatientInnen eine verstärkte Reduzierung dieser Phase (vgl. Bohus, 2002, S. 14 f.; vgl. Koenigsberg & Siever, 2000, S. 207).

Genetische Faktoren

Einige Autoren haben nehmen an, dass der Borderline-Problematik ein genetischer Kern zugrunde liegt. Kernberg (1984) ist der Ansicht, dass die der Borderline-Persönlichkeitsstörung zugrunde liegende Ursache ein vererbter, überaus starker Aggressionstrieb verbunden mit einem angeborenen Defizit in der Angsttoleranz sein könne. Linehan (1993) ist der Meinung, dass der Borderline-Störung eine ererbte Disposition zu emotionaler Dysregulation zugrunde liegt (vgl. Torgersen, 2000, S. 217).

Seit Mitte der neunziger Jahre liegen Befunde aus Zwillingsstudien vor, die einen starken genetischen Einfluss auf alle Persönlichkeitsstörungen deutlich machen (Schepank, 1996; zit. n. Bohus, 2002). Auch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen Zwillingsstudien vor (Torgersen et al., 2000; zit. n. Bohus, 2002), die eine genetische Bedeutung für diese Störung aufzeigen. Ebenfalls bedeutsam scheinen genetische Faktoren für die dissoziative Symptomatik. Jang et al. (1998) konnten in Zwillingsstudien nachweisen, dass erbliche Komponenten bis zu 55% der Varianz dissoziativer Symptomatik erklären (vgl. Bohus, 2002, S. 13 f.).

2.4.2 Neurobehaviorales Entstehungsmodell

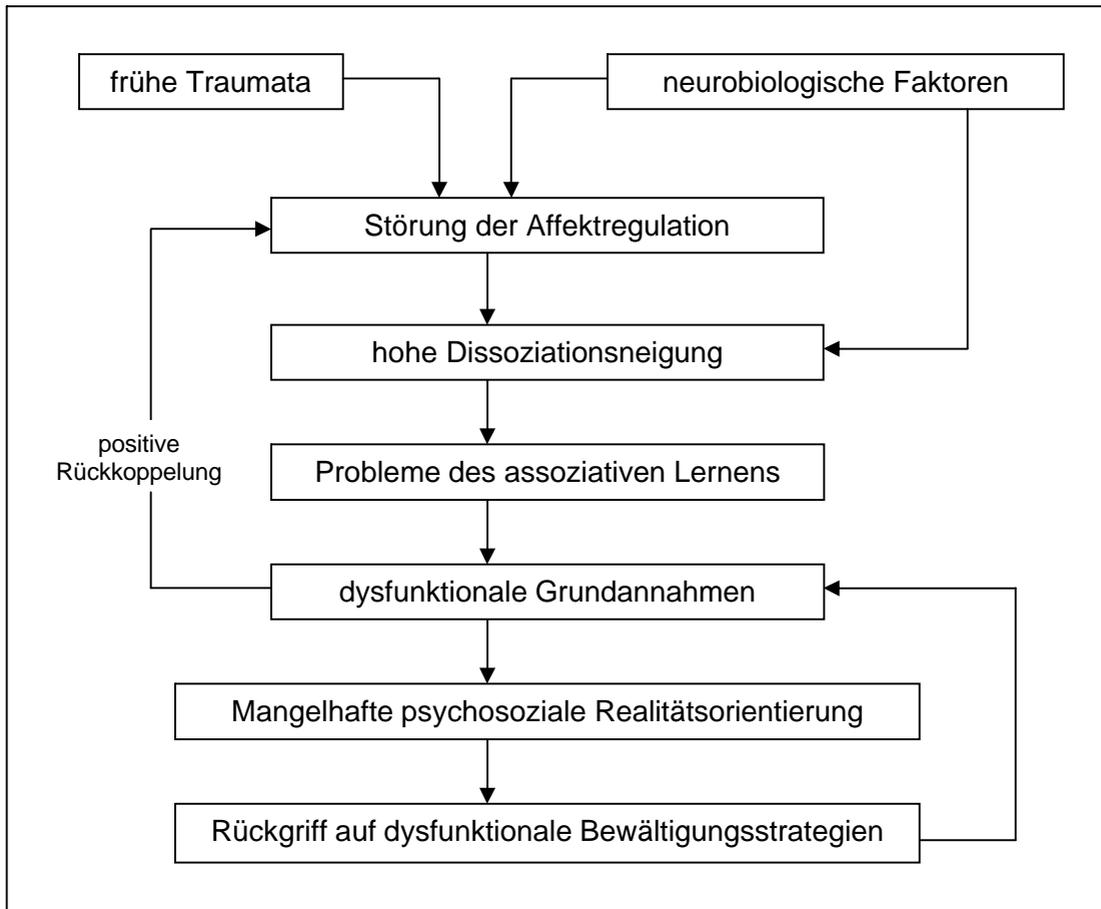


Abb. 1: Enthalten in: Bohus, 2002, S. 16

Dieses verhaltensorientierte Modell stellt das Zusammenwirken neurobiologischer Faktoren wie Dissoziationsneigung, Störung der Reizkontrolle mit psychosozialen Variablen wie sexuellem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung dar. Infolgedessen entwickeln sich dysfunktionale kognitiv-emotionale Schemata, die sich in Störungen der Beziehungsregulation, der Identität, der Affektregulation und der Handlungssteuerung manifestieren. Das Zusammenwirken dieser Faktoren führt dazu, dass eine angemessene Interpretation der Realität erschwert wird. Dies führt zu Störungen der sozialen Anpassungsfähigkeit und der Integration. Die traumatischen Erfahrungen werden nicht durch positive Erfahrungen relativiert. Dieses integrative Modell stellt die theoretische Grundlage für das Therapiekonzept der Dialektisch Behavioralen Therapie dar (vgl. Bohus, 2002, S. 13, 16; vgl. Hofmann, 2002, S. 40).

2.4.3 Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren

Psychosoziale Risikofaktoren sind weibliches Geschlecht, frühe Erfahrungen von sexueller Gewalt, körperliche Gewalt und Vernachlässigung durch primäre Bindungspersonen. Zudem wurde festgestellt, dass eine fehlende zweite Bezugsperson, bei der Schutz und Sicherheit gewährleistet ist, eine bedeutende Rolle spielt (vgl. Bohus, 2002, S. 13). Auch Umwelteinflüsse wie unsere bruchstückartige Gesellschaftsstruktur, verändernde soziale Muster der Familienstruktur, hohe Scheidungsraten, Unterbringung von Kindern in Krippen und Tagesstätten, größere geographische Mobilität und die verändernde Rolle der Frau können indirekt zur Entwicklung einer Borderline-Störung beitragen, denn es fehlt an Beständigkeit und Verlässlichkeit. Intime Beziehungen werden schwer oder gar nicht eingegangen. Die Folge sind Einsamkeit, Depressionen, Angst und der Verlust der Selbstachtung. Lous Sass von der New York Times formulierte:

„Jede Kultur braucht einen Sündenbock als Ausdruck der Übel einer Gesellschaft. So wie die Hysteriker zu Freuds Zeiten für die sexuelle Repression jener Zeit als Beispiel diente, repräsentiert die Borderline-Persönlichkeit, deren Identität in viele Teile gespalten ist, das Zerbrechen stabiler Einheiten in unserer Gesellschaft.“ (Lous Sass, 1982, S. 13; zit. n. Kreisman & Straus, 2005, S. 100)

Im Folgenden werde ich genauer auf die Bedeutung der primären Bindung für die Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung eingehen.

2.5 Bindungsbezogene Entstehungsmodelle

Die Bindungsforschung gibt eindeutige Hinweise, dass Bindungsmuster in der Kindheit in der Regel zwischen Eltern und Kind wesentlich zur Entwicklung einer Borderline-Störung beitragen können. Die Bindungsmuster sind den unsicheren bzw. den desorganisierten Bindungsstilen zuzuordnen (vgl. Buchheim 2005; vgl. Fonagy et al. 2004b). Die klinisch-

entwicklungspsychologischen Ansätze gehen ursprünglich auf Main und Salomon (zit. n. Hofmann 2002) mit der Bindungsdesorganisation, auf Fonagy (zit. n. Hofmann 2002) mit der bindungsabhängigen Entwicklung der emotionalen Regulationsstörung des Selbstempfindens oder Selbstreflexivität bzw. auf Mears (zit. n. Hofmann, 2002) mit der Störung der affektiven Regulation zwischen Mutter und Kind zurück (vgl. Hofmann 2002, S. 17). Fehlende elterliche Feinfühligkeit und Traumatisierungen können Störungen in der Entwicklung des Selbst und der Affektregulation hervorrufen.

Traumatisierungen können sexueller Missbrauch, Misshandlungen und Vernachlässigung sein. Dies sind nachweislich Risikofaktoren für die Entstehung einer Borderline-Störung. 70% bis 90% der Menschen mit dieser Störung wurden sexuell missbraucht (vgl. Pfeifer & Bräumer 2002, S. 54, 87; vgl. Markner 2004, S. 19). Im Folgenden werde ich verschiedene Ansätze aus der Bindungsforschung und Entwicklungspsychologie zur Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung näher erläutern. Da die Konzepte der Bindungstheorie nicht ausreichend sind, werden psychoanalytische Theorien einbezogen.

2.5.1 Störung des Prozesses von Loslösung und Individuation (M. Mahler)

Die psychoanalytische Sichtweise von Mahler und Mitarbeiter legen nahe, dass die ersten zwei Lebensmonate des Kindes durch eine Vergesslichkeit gegenüber allem, außer sich selbst gekennzeichnet sind. Dies bezeichnen sie als autistische Phase. In den kommenden vier bis fünf Monaten beginnt das Kind andere Menschen in seiner Umgebung zu erkennen, jedoch nicht als getrennte Individuen, sondern als Erweiterung des Selbst. Diese Phase nennen sie symbiotische Phase. Während der gesamten Phase der Loslösung und Individuation beginnt das Kind dann nach und nach Grenzen zwischen sich selbst und anderen aufzuzeichnen. Es entsteht ein separates Ich-Gefühl. Für Mahler und andere spielt die Fähigkeit des Kindes, diese Entwicklungsphase erfolgreich zu absolvieren, für die spätere geistige Gesundheit die bedeutsamste Rolle. Dies wird durch zwei zentrale Konflikte erschwert. Zum einen durch das Streben nach Autonomie, welches jedoch dem Bedürfnis nach

Nähe und Abhängigkeit entgegensteht und zum anderen durch die Angst vor dem Verschlungenwerden, welche der Angst verlassen zu werden, gegenübersteht. Weiterhin wird diese Zeit zusätzlich noch verkompliziert, da das Kind jede Person als zwei getrennte Wesen wahrnimmt. Sorgt sich die Mutter beispielsweise fürsorglich um das Kind, wird sie als gut empfunden. Wenn sie hingegen nicht verfügbar ist oder nicht in der Lage Trost zu spenden, wird sie als schlechte Mutter wahrgenommen. Wenn sie aus dem Blickfeld des Kindes ist, glaubt es, sie sei für immer verschwunden.

Im weiteren Entwicklungsverlauf wird diese Spaltung durch die Integration der guten und bösen Eigenschaften ersetzt (vgl. Kreisman & Straus, 2005, S. 80 f.). Die Trennungsangst wird durch das Wissen abgelöst, dass die Mutter auch dann weiterhin existiert, wenn sie nicht sichtbar ist und, dass sie wieder zurückkehren wird. Dies wird als Objektkonstanz bezeichnet. Mahler bezeichnet die Phase der Loslösung und Individuation in vier Subphasen, auf die ich nun etwas näher eingehen werde (vgl. ebenda, S. 80 f.).

Differenzierungsphase (5-8 Monate): In dieser Phase lernt das Kind, die Interaktionspartner zu unterscheiden, also dass eine Welt getrennt von der Mutter existiert. Am Ende dieser Phase kann es auch fremde Menschen in seiner Umgebung erkennen. Wenn die Mutter hilfreich und unterstützend für das Kind ist, ist die Reaktion auf Fremde durch Neugierde gekennzeichnet. Wenn sie allerdings nicht unterstützend ist, reagiert das Kind eher mit Angst. Es beginnt gute und schlechte Gefühle in Bezug auf andere zu unterscheiden. Die Spaltung dient dabei dem Zurechtkommen dieser widersprüchlichen Emotionen (vgl. Kreisman & Straus, 2005, S. 81 f.).

Übungsphase (8-16 Monate): In dieser Phase ist das Kind zunehmend fähig, sich von seiner Mutter durch Krabbeln und später durch Laufen fortzubewegen. Das Kind kann nun flexibel zwischen Abwesenheit und Nähe bestimmen. Es kehrt immer wieder zur Mutter zurück, um neue Kraft für weitere Erkundungen zu schöpfen. Dies macht die ambivalenten Gefühle deutlich, auf der einen Seite das Verlangen nach Selbständigkeit und auf der anderen die Angst vor Trennung und das Bedürfnis nach Nähe (vgl. ebenda, S. 82).

Wiederannäherungsphase (16-25 Monate): Das Kind erkennt, dass die Menschen in seiner Umgebung getrennte, reale Individuen mit eigenen Wünschen und Absichten sind und es selbst ebenfalls eine separate Identität besitzt. Diese schmerzvolle Erkenntnis leitet die Phase der Wiederannäherung an die Mutter ein. Hierbei ist das Verhalten der Mutter sehr wichtig für die weitere Entwicklung des Kindes. Aufgabe der Mutter ist, das Kind zu Erforschungen mit seiner Individuation zu ermutigen und gleichzeitig aber auch dauerhaft unterstützend verfügbar zu sein, damit das Kind wiederauftanken kann.

Es ist wichtig, dass sie das entfernende und das wiederannähernde Kind gleich liebend akzeptiert, also ihm unverändert emotional zur Verfügung steht. So kann es lernen, seine optimale Nähe zur Mutter zu bestimmen. Das Kind lernt nach vielen Trennungen und Wiedervereinigungen ein andauerndes Ich-Gefühl, Liebe und Vertrauen zu den Eltern und eine gesunde Ambivalenz anderen gegenüber. Die Mütter späterer Borderline-PatientInnen reagieren auf andere Weise. Entweder stößt sie es vorzeitig ab und hält es von einer Wiedervereinigung ab, weil sie vielleicht selbst Angst vor Nähe hat oder sie besteht auf eine klammernde Symbiose, weil sie vielleicht selbst Angst hat, verlassen zu werden und eine enge Bindung mit Nähe und Zuwendung benötigt. Es entstehen beim Kind einerseits Hass auf und Enttäuschung über die Mutter, andererseits hält es jedoch an dem Bild der guten, spendenden und völlig mit ihm verwachsenen Mutter fest. Beide Verhaltensweisen verursachen starke Ängste vor Verlassenwerden bzw. Verschlungenwerden beim Kind, die ihm durch die eigenen Ängste der Mutter vorgespiegelt werden. Es wächst nie zu einem emotional getrennten Wesen heran.

Später spiegelt die Unfähigkeit der Borderline-Persönlichkeit, in persönlichen Beziehungen Intimität zu erlangen, diese Stufe der kindlichen Entwicklung wider. Wenn Borderline-PatientInnen mit Nähe konfrontiert werden, können diese Gefühle des Verlassenwerdens bzw. des Verschlungenwerdens wieder entstehen. Das bedeutet, dass sich Borderline-PatientInnen an die Erlebensweisen dieser Phase fixieren (vgl. Kreisman & Straus, 2005, S. 82 f.; vgl. Rohde-Dachser, 2000, S. 133; vgl. Dulz & Schneider, 1995, S. 47).

Die Phase der Objektkonstanz (25-36 Monate): Wurden die vorherigen Entwicklungsphasen jedoch erfolgreich abgeschlossen, so erlebt das Kind gegen Ende des zweiten Lebensjahres die Phase der Objektkonstanz. In dieser Phase erkennt das Kind, dass die Mutter und auch andere Bezugspersonen weiterhin existieren, auch wenn sie aus seinem Blickwinkel sind. Es lernt mit Ambivalenzen und Frustrationen umzugehen. Es beginnt zu verstehen, dass der Zorn der Mutter bald wieder vorüber ist und sein eigener Zorn die Mutter nicht zerstören wird. Auch lernt es das Konzept der bedingungslosen Liebe und Annahme zu verstehen und wird allmählich fähig zu teilen und Mitleid zu haben. Es reagiert nun auch mehr auf andere Menschen in seiner Umgebung, wie beispielsweise auf den Vater (vgl. Kreisman & Straus, 2005, S. 83 f.; vgl. Rohde-Dachser, 2000, S. 134).

Bei diesen ganzen Aufgaben geben dem Kind Übergangsobjekte Trost. Dies können Teddybären, Puppen und Ähnliches sein. Diese Übergangsobjekte repräsentieren die Mutter und werden überallhin mitgenommen, um den Trennungsschmerz zu mindern. Sie stellen einen Kompromiss dar, um den Konflikt zwischen dem Bedürfnis nach Nähe und dem Streben nach Unabhängigkeit auszuhandeln. Normalerweise wird das Übergangsobjekt aufgegeben, wenn das Kind das Bild von einer Trost gebenden, beschützenden Mutter verinnerlicht hat. Borderline-PatientenInnen hingegen haben nie diese Phase der Objektkonstanz erreichen können. Sie sind stattdessen in einer früheren Entwicklungsphase stehen geblieben, in der Spaltung und andere Abwehrmechanismen vorherrschen. Sie benutzen auch später noch im Erwachsenenalter Übergangsobjekte zur Beruhigung (vgl. Kreisman & Straus, 2005, S. 84).

2.5.2 Misslingen der Integration von guten und bösen Objektbeziehungen (Kernberg)

Auch Kernberg (1998), welcher ebenfalls eine psychoanalytische Denkweise hat, ist der Ansicht, dass sich die Borderline-Problematik primär durch eine Störung der Ich-Entwicklung in den ersten Lebensjahren entwickelt. Kernberg (1978, 1990) meint, dass in dieser Zeit schwere Frustrationen im Kind dazu geführt haben, dass chronische Aggressionen beim Kind vorherrschen. Hierin sieht Kernberg (1992) die Hauptursache für schwere Persönlichkeitsstörungen. Das Vorherrschen dieser chronischen schweren aggressiven Affekte und aggressiven primitiven Objektbeziehungen verhindert eine normale Integration von guten und bösen Objektbeziehungen.

Liebe und Aggression können nicht integriert werden mit der Folge, dass das Selbst in guten und bösen Aspekten bestehen bleibt und die Objektrepräsentanzen ebenfalls gespalten sind. Bei einer Persönlichkeitsstruktur, die durch eine Spaltung der Selbst- und Objektrepräsentanzen gekennzeichnet ist, findet sich eine Identitätsdiffusion, welche bekanntlich auch charakteristisch für die Borderline-Störung ist (vgl. Kernberg et al., 2000, S. 525 f.; vgl. Dulz & Schneider, 1995, S. 46). In der nachfolgenden Darstellung soll das Konzept von Kernberg noch einmal verdeutlicht werden. Die Abkürzungen S und O sollen dabei die Selbst- und Objektrepräsentanzen darstellen.

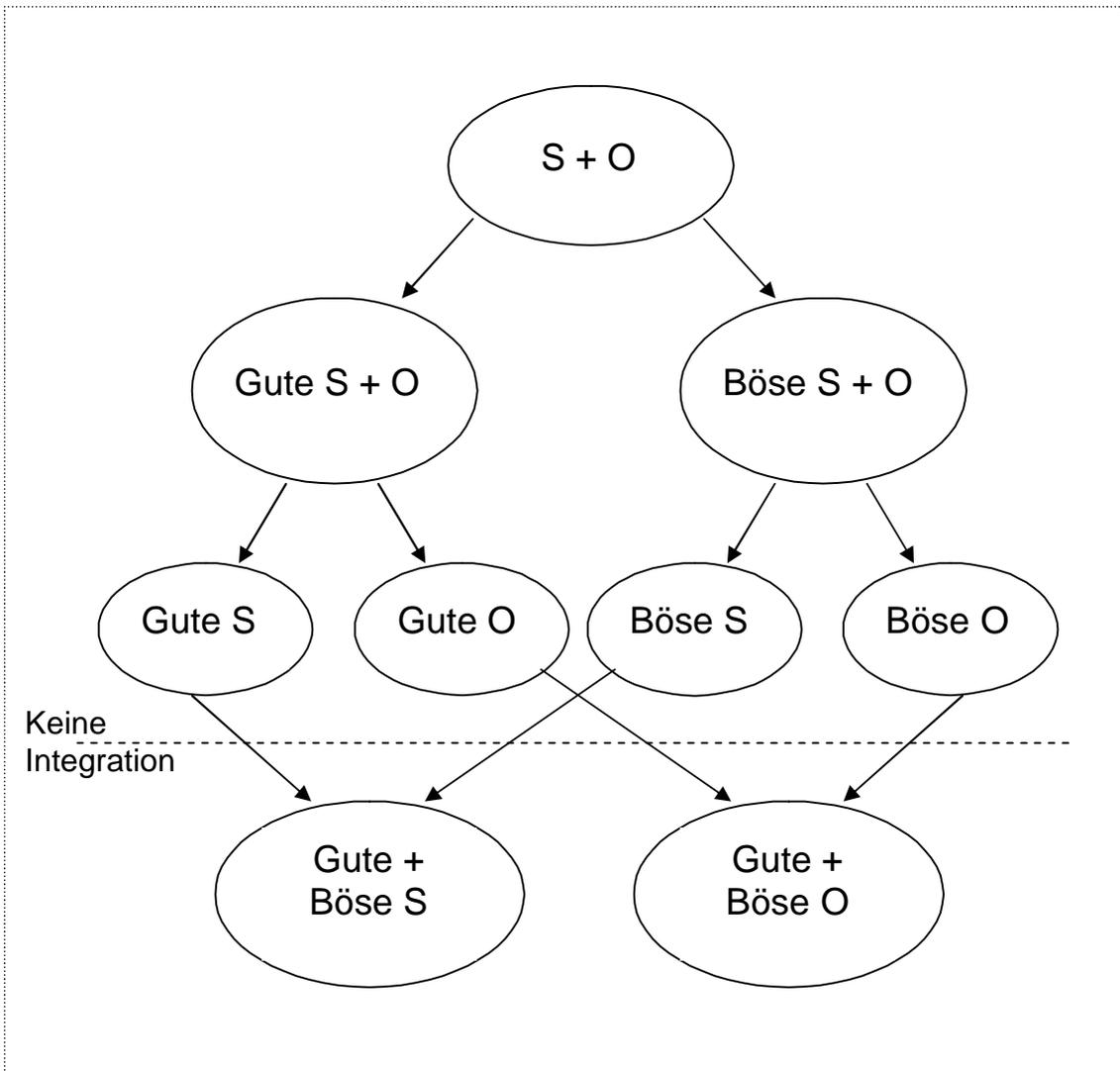


Abb. 2: Eigene Darstellung

Spätere Borderline-PatientenInnen bleiben also in der Phase der Spaltung in gut und böse, idealisierend und verfolgend stehen. Nach Mahler sind die ersten beiden Stufen der Grafik in der symbiotischen Phase einzuordnen, in der das Kind noch nicht zwischen sich und anderen trennen kann. Die nächste Stufe leitet die Wiederannäherungsphase ein. Hier beginnt das Kind andere Menschen als getrennte Wesen zu erkennen. Die letzte Stufe, die die Borderline-PatientenInnen nicht erreichen, stellt nach Mahler die Phase der Objektkonstanz dar.

2.5.3 Fehlende elterliche Feinfühligkeit

Aus der Säuglingsforschung geht hervor, dass Säuglinge mit Basisaffekten wie Angst, Freude und Ekel ausgestattet sind. Dieses frühe System der Affekte kann als Grundlage für die Entwicklung der existenzsichernden Beziehung und der damit verbundenen Entwicklung der Persönlichkeitsorganisation angesehen werden. Säuglinge können in den ersten Monaten nicht phantasieren, deshalb werden die inneren Bilder in Gefühle ausgedrückt. Von Bedeutung ist daher, dass in dieser frühen Entwicklungsphase nicht zwingend traumatische Erlebnisse in Form eines Realtraumas für die frühe Angstentwicklung bei der Borderline-Problematik entscheidend sind. Auch starke Unstimmigkeiten in der Mutter-Kind-Interaktion können die affektive Angst beim Kind unangemessen hervorrufen.

Wenn man davon ausgeht, dass der Auftrag des Säuglings lautet sich zu binden, ist es natürlich entscheidend, welche Fähigkeiten die Mutter in Bezug auf die Bindung mitbringt und welche Bindungsmuster sie selbst hat. Traumatisierende Disharmonien können beispielsweise ungenügende und unangemessene emotionale Begleitung des Kindes durch die Mutter sein (vgl. Dulz, 1999, S. 30 f.; vgl. Hofmann, 2002, S. 30). Diese traumatisierenden Erfahrungen gehen ab dem 6. bis 8. Lebensmonat, also in der Zeit des ersten Fortbewegens von der Mutter und der „eigentlichen“ Bindungsentwicklung in reale Trennungsängste über (Bowlby, 1961; zit. n. Hofmann, 2002). Zurückweisung und Nichtverfügbarkeit sind starke Zeichen fehlender elterlicher Feinfühligkeit nach dem Konzept von Ainsworth (1978).

Die Angst des Verlassenwerdens ist dahingegen eine Erwartungsangst, die aus der frühen Lernerfahrung, die das Kind zuvor mit seinen Bezugspersonen gemacht hat, resultiert. Die „borderlinetypische“ Angst vereint beide Formen. Diese Kinder entwickeln häufig primitive Abwehrmechanismen, um diese extreme Angst und Impulse zu kontrollieren. Diese frühen traumatisierenden Erfahrungen können zu Defiziten in der Affektregulation und in der Beziehungsgestaltung führen, wie es häufig für Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeit charakteristisch ist. Die reale primäre Angsterfahrung in den ersten Lebensmonaten entwickelt sich zu einer Vulnerabilität. Aufgrund dieser

und der daraus resultierenden Erwartungsangst ergeben sich Auswirkungen auf die Wahrnehmung anderer und das Erleben von sich selbst. Die Angst ist ungerichtet, da aufgrund dieses Erlebens immer mit erneuter Verlassenheit, Vernachlässigung, Schutzlosigkeit und Missachtung gerechnet wird. Durch Erfahrungsprozesse in der weiteren Entwicklung setzen sich die frühkindlichen affektiven Störungen zu immer differenzierteren emotionalen Qualitäten fest bis hin zu einer emotionalen Regulationsstörung. Aufgrund von internalen Arbeitsmodellen übertragen sich die Bindungserfahrungen im Verlauf der Entwicklung auf alle anderen sozialen Beziehungen (vgl. Dulz, 1999, S. 32; vgl. Hofmann, 2002, S. 30 f.).

2.5.4 Mangelnde Mentalisierungsfähigkeit

Mains Ansatz (1991) der metakognitiven Steuerung geht über das Konzept der elterlichen Feinfühligkeit hinaus. Es konnten empirische Zusammenhänge zwischen der Metakognition der Mutter und der Entwicklung der Bindungsstruktur des Kindes festgestellt werden, die über die Erklärungsinhalte der Feinfühligkeit hinausgehen. Der Psychoanalytiker Fonagy (1998) spricht von der Theory of Mind oder von Mentalisierung (vgl. Hofmann, 2002, S. 126). Unter Mentalisierung versteht man die Fähigkeit, sowohl die eigenen mentalen Zustände, als auch die der anderen wahrzunehmen und zu verstehen. Aufgrund dessen ist es möglich, das Verhalten anderer vorherzusagen bzw. zu erklären (vgl. Ettrich, 2004, S. 104).

Die zentrale Annahme von Gergely et al. (2003) ist, dass die Borderline-Störung aus einer schwer gestörten dysfunktionalen Entwicklung der Fähigkeit zu mentalisieren resultiert. Weiterhin sind Gergely et al. (2003) der Meinung, dass die Unfähigkeit zu mentalisieren das Ergebnis traumatischer Erfahrungen mit frühen Bezugspersonen darstellt (vgl. Gergely et al. 2003, S. 219 f.). Für ein besseres Verständnis werde ich nun genauer auf die Entwicklung der Fähigkeit bzw. Unfähigkeit zu mentalisieren eingehen. Die Entwicklung dieser Fähigkeit ist abhängig von der Affektregulation des Kindes durch die Eltern, deshalb spielt die frühe Kommunikation der primären Beziehungen eine bedeutende Rolle. Im ersten Lebensjahr ist es wichtig, dass die Eltern die Affekte des Kindes

spiegeln. Das bedeutet, dass sie dem Kind deutlich machen, dass sie sein Lächeln zurückgeben und das Kind merkt, dass der Gesichtsausdruck seiner Mutter nicht ihr Affekt ist, sondern seiner und verankert dies. Diese Internalisierung bildet das Selbst, denn das Kind verinnerlicht den mit seinem inneren Zustand übereinstimmenden emotionalen Ausdruck der Mutter. Aufgrund dieser Selbstzustände kann sich das Kind ein reflektierendes inneres Arbeitsmodell konstruieren. Durch die Verknüpfung der Repräsentation des Selbsterlebens mit der Repräsentation der Reaktion der Bezugsperson wird es dem Kind allmählich möglich, affektive Ausdrücke anderer zu interpretieren und zu verstehen und seine eigenen Emotionen zu regulieren und kontrollieren.

Wenn dem Kind jedoch solche Repräsentationen durch die Bezugsperson nicht zur Verfügung stehen, werden die Affektimpulse nicht bewusst erfasst. Dies führt zu Gefühlen von Leere und Desorganisation. Manchen Müttern fällt es aufgrund eigener emotionaler Probleme schwer, die Affekte des Kindes eindeutig zu spiegeln, da sie sich von den negativen Affekten des Kindes überwältigt fühlen. Sie spiegeln die negativen Affekte zwar zutreffend, jedoch uneindeutig. Das Kind nimmt die spiegelnden Affekte als reale Emotion der Mutter wahr und verankert sie aufgrund dessen nicht bei sich selbst. Anstatt den negativen Affekt des Kindes zu regulieren, verstärkt sich sein negativer emotionaler Zustand aufgrund der Wahrnehmung eines negativen Affektes bei der Mutter. Fonagy et al. (2004b) gehen davon aus, dass aufgrund des nicht eindeutigen elterlichen Spiegelns die projektive Identifizierung als Abwehrmechanismus entsteht (vgl. Fonagy et al., 2004a, S. 351; vgl. Fonagy et al., 2004b, S. 219).

In der frühen Kindheit (1-3 Jahren) wird die Affektspiegelung durch die „playing with reality“ Theorie ergänzt. Ab einem Alter von anderthalb Jahren entwickelt das Kind zwei Modi, wie die eigenen Gedanken und Gefühle erfahren werden, der so genannte Als-Ob-Modus und der Äquivalenzmodus. Im Als-Ob-Modus spielt das Kind die Realität nach und weiß genau, dass sein Spiel nicht der Wirklichkeit entspricht. Beispielsweise weiß das Kind, dass ein Stock ein Stock ist und doch ist es ein Gewehr. Bedeutend ist auch hier die Reaktion der Eltern. Wenn die Eltern spielerisch kommentieren, kann der Affekt des Kindes reguliert

werden. Im Äquivalenzmodus werden Gedanken so aufgefasst, als wären sie real vorhanden. Hier verdeutlichen die Eltern, dass sie diesen Modus nicht teilen, aber das Kind trotzdem ernst nehmen. Wenn ein Kind denkt, im Schrank ist ein Monster, zeigen die Eltern ihm, dass der Schrank leer ist. Sie nehmen also die Furcht des Kindes auf, reagieren selbst jedoch nicht mit Angst. Kinder schwanken zwischen diesen beiden Modi hin und her. Forschungen ergaben, dass eine Integration der beiden Modi erst im Alter von 3-4 Jahren erfolgt. Dies wird deutlich durch die von Wimmer und Perner (1983) entwickelte Aufgabe des „false belief task“.

Ein Kind und ein Erwachsener sitzen vor einem Korb und einer Schachtel. Ein anderer kommt hinein und packt eine Schokolade in den Korb und geht für einen Moment aus dem Raum. Der Versuchsleiter nimmt die Schokolade aus dem Korb und legt sie in die Schachtel. Nun fragt er das Kind, wo der Fremde die Schokolade suchen wird. Ein vierjähriges Kind antwortet, dass der Fremde im Korb nachsehen wird. Die meisten Dreijährigen antworten allerdings, dass er in der Schachtel suchen wird. Die Studien weisen daraufhin, dass vierjährige Kinder verstehen können, dass Handlungen nicht durch die Realität als solche, wie sie sie sehen, sondern durch mentale Repräsentationen der Realität verursacht werden. Sind die Bezugspersonen nicht in der Lage die Entwicklung mentaler Repräsentationen zu fördern, werden diese beiden primitiven Funktionsmodi bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben (vgl. Gergely et al., 2003, S. 221).

Borderline-Persönlichkeiten schwanken zwischen dem Äquivalenzmodus und dem Als-Ob-Modus weiter hin und her. Mentalisierung wird von Fonagy et al. (2004) als Teil der Integration des Als-Ob-Modus und des Äquivalenzmodus verstanden. Dies ist bei Borderline-PatientInnen gescheitert. Zudem stellten zahlreiche Untersuchungen fest, dass Misshandlungserfahrungen die Reflexionsfähigkeit des Kindes und sein Selbstgefühl beeinträchtigen. Dem Säugling bzw. Kleinkind bleibt die abgestimmte Umwelt verwehrt, die seine Emotionen und Absichten widerspiegelt. Fonagy et al. (2004a) sind der Meinung, dass das Kleinkind stark in seiner Entwicklung des Selbst geschädigt werden kann, wenn es die Emotionen, Gedanken und Absichten der missbrauchenden oder misshandelnden Bezugsperson erforscht (vgl. Fonagy

et al., 2004b, S. 219 f., 223; vgl. Fonagy, 2004a, S. 354). Zum einen stellen die Intentionen der missbrauchenden Person eine ständige Gefahr für das Selbst dar und einen akuten Mangel an Bindungssicherheit. Zum anderen kommt das Kind, indem es nach einer Erklärung für die Intentionen der missbrauchenden Bezugsperson sucht, häufig dazu, seinem eigenen Selbstbild gravierende negative Eigenschaften wie Wertlosigkeit, Ungewolltsein, Hässlichkeit und so weiter zuzuschreiben. Das lässt vermuten, dass Kinder durch Misshandlungen, Missbrauch und schwerer Vernachlässigung zu einem Rückzug von der mentalen Welt veranlasst werden. Da sie ihre Fähigkeit zu mentalisieren defensiv hemmen, verfahren sie nur nach schematischen Eindrücken von Gefühlen und Gedanken, welches eine extreme Verwundbarkeit in intimen Beziehungen zur Folge hat.

Empirisch konnten Fonagy und Mitarbeiter (1996) zeigen, dass schwer traumatisierte PatientenInnen nur dann eine Borderline-Problematik entwickeln, wenn zudem ihre reflexiven Fähigkeiten gering ausgeprägt sind. Die Verfügbarkeit einer Bezugsperson, die in der Lage ist, die innere Befindlichkeit des Kindes wahrzunehmen und zu reflektieren und somit über bloße Zuwendung hinauszugehen, erhöht die Wahrscheinlichkeit einer sicheren Bindung des Kindes. Dies kann als Schutzfaktor bei späterer Missbrauchserfahrung gesehen werden. Eine sichere Bindung fördert wiederum die Ausprägung der Mentalisierungsfähigkeit (vgl. Fonagy et al., 2004a, S. 348, 355; vgl. Ettrich, 2004, S. 106).

Das Gegenstück einer hohen elterlichen Reflexionsfähigkeit im Sinne einer sicheren Bindung ist die nieder strukturierte reflexive Funktion, die eine unsichere und womöglich desorganisierte Bindung nach sich zieht. Darauf werde ich im nächsten Kapitel eingehen. Zusammenfassend führen Fonagy und Mitarbeiter (2000,1996) einen großen Anteil der borderlinetypischen Symptomatik darauf zurück, dass Borderline-PatientenInnen die mentalen Zustände der Bezugspersonen verleugnen, sowie ihre eigenen nicht mentalisieren können. Dies hat unreife Abwehrmechanismen wie Spaltung und projektive Identifizierung zur Folge. Auch Linehan (1993) ist der Ansicht, dass die metakognitiven Fähigkeiten die mentalen Mittel zur Verfügung stellen, die das emotionale Regulationssystem im Laufe der Entwicklung formen. Dieses ist

als defizitär charakteristisch für die Borderline-Problematik (vgl. Fonagy et al., 2004b, S. 220; vgl. Ettrich, 2004, S. 113; vgl. Liotti, 2001, S. 276).

2.5.5 Bindungsmuster

Aus der Bindungsforschung ist bekannt, dass Mütter von bindungsgestörten Kindern nicht in der Lage sind, eine angemessene Regulation der Emotionen in Form einer Bindungssicherheit anzubieten und weiterzugeben, da sie diese selber nicht erfahren haben. Einige AutorenInnen konnten bei Borderline-PatientenInnen einen ängstlich-verstrickten Bindungsstil erkennen (Dutton et al. 1994; zit. n. Fonagy et al., 2004b). Mit Hilfe des Adult Attachment Interviews (Fonagy et al., 1996; Patrick et al, 1994; zit. n. ebenda) wurde bei Borderline-PatientenInnen am häufigsten das unsicher-verstrickte Bindungsmuster, überwältigt von traumatischen Erfahrungen, festgestellt (vgl. Hofmann, 2002, S. 45; vgl. Fonagy et al., 2004b, S. 218).

Das AAI ist ein systematisch aufgebautes, halbstrukturiertes Interview über die frühen Bindungserfahrungen und die Einschätzung der Bedeutsamkeit dieser Erfahrungen aus der heutigen Sicht des Interviewten. Der unsicher-verstrickte Bindungstyp im AAI weist parallele Strukturen mit dem unsicher-ambivalenten Bindungsstil im Fremde-Situation-Test auf. Traumata scheinen in der Gruppe der Borderline-PatientenInnen unverarbeitet zu sein. Borderline-Persönlichkeiten sind nach Fonagy et al. (2004a) zweifellos unsicher gebunden, doch sehen sie das Konzept der unsicheren Bindung in der Kindheit als unzureichend an. Erstens kommt die unsichere Bindung sehr häufig vor. Es konnte festgestellt werden, dass in der Arbeiterschicht die Mehrzahl der Kinder unsicher gebunden ist.

Zweitens entsprechen unsichere Bindungsmuster in der frühen Kindheit relativ stabilen Strategien im Erwachsenenalter, doch gerade das Fehlen jeglicher Stabilität ist charakteristisch für Menschen mit einer Borderline-Problematik. Und drittens könnten die wütenden Proteste des ambivalent gebundenen Kindes der aggressiven Impulsivität der Borderline-Individuen zwar entsprechen, doch gehören oft auch gewalttätige Angriffe auf den eigenen Körper und auf andere Personen zu der Symptomatik der Borderline-

PatientInnen (vgl. Fonagy et al., 2004a, S. 346; vgl. Ettrich, 2004, S. 11). In der Kindheit hatten Menschen mit einer Borderline-Problematik häufig Bezugspersonen mit schwerer Persönlichkeitsstörung vom Typus Borderline oder schweren Traumatisierungen. Aufgrund dieser beängstigenden oder selbst ängstlichen Bezugspersonen konnten keine klaren Bindungsstrategien entwickelt werden. Einige Untersuchungen legen nahe, dass ängstiges bzw. dissoziatives Verhalten der Bezugsperson mit Bindungsdesorganisation des Kindes einhergeht. Fonagy et al. (2004b) gehen davon aus, dass für die Ausbildung einer desorganisierten Bindung eine schwach ausgebildete reflexive Funktion verantwortlich ist, die teilweise als fremd erlebt wird. Wenn das Kind keine Bezugsperson zur Verfügung hat, die in der Lage ist, sich übereinstimmend mit den inneren Zuständen des Kindes zu verhalten, kann es sein, dass das Kind verzweifelt nach einer Bedeutung sucht, wenn sich das Selbst im anderen nicht entdecken kann.

Winnicott (1967) stellte fest, dass fehlerhaftes Spiegeln dazu führt, dass das Kind elterliche Zustände verinnerlicht. Dies ist jedoch nicht nützlich für das eigene Erleben. Das fremde Selbst wird als Teil des Selbst erlebt. Dies zerstört jegliches Gefühl von Selbstkohärenz und Identitätsempfinden, welches ausschließlich durch permanente und intensive Projektion mit der Bezugsperson wieder hergestellt werden kann. Die fremden Anteile des Selbst werden auf Bindungspersonen externalisiert. Diese werden mittels projektiver Identifizierung dazu gebracht, die internalisierten Emotionen zu empfinden. So kann das Selbst vor Unstimmigkeiten geschützt werden (vgl. Fonagy et al., 2004b, S. 221).

Auch andere Studien legen nahe, dass das Konzept der unsicheren Bindung nicht ausreichend die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erklärt. Besonders die Studie von Adams et al. (1995) zeigt, dass es wichtiger ist, ob ein Kind organisiert bzw. desorganisiert gebunden ist als sicher bzw. unsicher, um eine negative Reaktion auf Traumata vorhersagen zu können. In Familien mit dem höchsten Risiko von Missbrauch, Misshandlung oder Gewalttätigkeit entwickelt sich nach Liotti (2001) am leichtesten der desorganisierte Bindungsstil und diese beiden Risikofaktoren gemeinsam können seiner Meinung nach zur Entwicklung einer Borderline-Problematik

beitragen, vor allem zur Dissoziation und Spaltung (vgl. Liotti, 2001, S. 276 f.). Gestörte Bindungsmuster finden sich also häufiger in Hochrisikofamilien, einschließlich bei Kindern depressiver Mütter, bei Müttern, die ihr Kind vernachlässigen oder misshandeln, bei Müttern, die selbst misshandelt wurden oder die eine eigene Verlusterfahrung nicht verarbeitet haben ebenso wie bei adoleszenten Müttern. Diese Mütter leiden häufig selbst unter ihrer eigenen Vergangenheit, die auch als gestörtes Arbeitsmodell für Beziehungsgestaltungen angesehen werden kann.

Fraiberg et al. (1975) beschreiben die möglichen gravierenden Auswirkungen, die von unbearbeiteten frühen Lebenserfahrungen der Eltern auf die Bindung zum eigenen Kind einwirken und der Fähigkeit, ihrer Rolle als Eltern gerecht zu werden, beeinträchtigen können. In Untersuchungen über mehrere Generationen hinweg wurde deutlich, dass die Bindung einer Mutter zur eigenen Mutter für die Bindung, die sie zu ihrem Kind entwickelt, von entscheidender Bedeutung ist (vgl. Osofsky, 2000, S. 751 f.).

2.5.6 Bedeutung von Traumatisierungen

Eine bedeutende Bereicherung stellten die Theorien der Borderline-Ätiologie durch den Nachweis der Rolle von Traumata dar. Trauma wird definiert als ein Erfahrungszustand, bei welchem die Fähigkeit des Individuums überfordert worden ist, seine Erlebnisse zu organisieren und regulieren, sodass ein Zustand der Hilflosigkeit und Ohnmacht entstanden ist (vgl. Dulz, 1999, S. 31). Schwerstgestörte Borderline-PatientInnen sind fast alle realtraumatisiert worden, wobei kein monokausaler Zusammenhang bekannt ist. Dulz und Jensen (2000) fanden bei 82% der stationär behandelten Borderline-PatientInnen körperliche Misshandlung und/oder sexuellen Missbrauch. Der Anteil stieg auf 100%, wenn schwere Vernachlässigung einbezogen wurde. In einer Studie (Herman et al., 1989; zit. n. Pfeifer & Bräumer, 2002, S. 54) wurde ein Zusammenhang zwischen der Schwere der frühkindlichen Traumatisierung und der Schwere der Borderline-Störung deutlich. Für Rohde-Dachser (1979, 1995) ist die Borderline-Problematik eine Strategie zum Überleben aufgrund schwerer Kindheitstraumata. Die Spaltung der Objektbeziehungen betrifft eine

wichtige Bezugsperson, die zum einen gehasst und zum anderen für die eigene Existenzsicherheit dringend benötigt wird. Borderline-Störungen werden sehr viel häufiger bei Frauen diagnostiziert. Eine Erklärung dafür könnte ein Zusammenhang zwischen der Entstehung einer Borderline-Problematik und schweren traumatischen Kindheitserfahrungen, die mit Gewalt und sexuellem Missbrauch verbunden sind. Sexueller Missbrauch liegt dann vor, wenn einem minderjährigen oder einer abhängigen Person eine sexuelle Handlung aufgezwungen wird, die diese nicht will, für die sie nicht reif ist und die in erster Linie der Bedürfnisbefriedigung des Täters oder der Täterin dient. Von Inzest ist die Rede, wenn diese Handlungen in der Familie stattfinden (vgl. Eckert et al., 2000, S. 273; vgl. Pfeifer & Bräumer, 2002, S. 54).

Wenn ein Kind sexuell missbraucht wird, ist es in jeder Hinsicht extrem überfordert. Es wird von negativen Gefühlen überschüttet und hat große Schuld- und Schamgefühle. Es hat das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen verloren. Diese Kinder bekommen ihre ersehnte Liebe und Zuneigung durch Sexualität, welches ambivalente Gefühle hervorruft. Zum einen der Wunsch nach Nähe und Zuwendung und zum anderen die Angst und Ohnmacht. Dies führt häufig zu einer Spaltung des Selbst, welche Auswirkungen auf die Identitätsfindung haben kann. Diese intensive Spannung kann ebenfalls zu einer bleibenden Instabilität führen, welche charakteristisch für die Borderline-Problematik ist. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten schwindet und es entsteht ein negatives Selbstbild.

Daneben entwickeln sich Abwehrmechanismen, die das Bewusstsein vor Reizüberflutung und unerträglichen Gefühlen und Erinnerungen schützen. Hierbei spielt die Dissoziation eine große Rolle. Darunter versteht man das Abspalten des Bewusstseins vom Körper, also eine psychische Flucht. Das Kind „verlässt“ seinen Körper, um die negativen Gefühle nicht wahrnehmen zu müssen und kann dadurch Missbrauchserlebnisse überleben. Bei derart missbrauchten Kindern besteht die Dissoziation bis ins Erwachsenenalter weiter und erklärt demnach einen Teil der Borderline-Problematik (vgl. Pfeifer & Bräumer 2002, S. 87 f.). Frauen, die in der Kindheit sexuell missbraucht worden sind, reagieren im Verlaufe ihres Lebens häufig mit Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen, sexuellen Funktionsstörungen,

Delinquenz, Depression, Suizidversuchen, Identitätsstörung, unangemessenen Wutreaktionen und einer selbstzerstörerischen Impulsivität. Die Verwandtschaft dieser Symptome mit den Symptomen einer Borderline-Störung ist nicht zu übersehen (vgl. Rohde-Dachser, 2000, S. 143 f.). Kinder mit einer Borderline-Problematik mit durchschnittlichem Alter von 10,8 Jahren (Jungen) bzw. 12,4 Jahren (Mädchen) sind nach Goldman D'Angelo et al. (1992) signifikant häufiger (38,6%) sexuell missbraucht worden als Kinder einer Vergleichsgruppe (9%). Ob in diesem Alter bereits eine Borderline-Problematik diagnostiziert werden kann, soll hierbei nicht thematisiert werden.

Auch gibt es Studien, die einen Zusammenhang zwischen Traumatisierung und zentralen Symptomen einer Borderline-Störung aufzeigen. Greenwald et al. (1990) stellten einen signifikant höheren Angstpegel bei Frauen, die in der Kindheit sexuell missbraucht wurden im Vergleich zu nicht missbrauchten, fest. Missbrauchte PatientenInnen zeigten zudem signifikant häufiger selbstverletzendes Verhalten. Goff, Brotman et al. (1991) konnten nach sexuellem Missbrauch vermehrt „innere Stimmen“ beobachten, die sie jedoch stark von akustischen Halluzinationen abgrenzen. Zudem treten bei Patienten, die als Kind missbraucht wurden, Dissoziation, Amnesie und Drogenabusus signifikant häufiger auf.

Einige TherapeutenInnen sehen die Borderline-Störung als chronifizierte, komplexe Posttraumatische Belastungsstörung an. Kernberg (2000) hingegen ist der Meinung, dass man typische Persönlichkeitsstörungen von Posttraumatischen Belastungsstörungen trennen sollte. Andere wiederum, wie auch Dulz und Jensen (2000) integrieren die Ergebnisse der Traumaforschung in das psychoanalytische Denken. Zahlreiche wechselseitige Faktoren haben Einfluss darauf, ob ein missbrauchtes bzw. misshandeltes Kind eine psychische Störung entwickelt, wie schwer diese ist und welche Symptome vorherrschen. Faktoren können beispielsweise das Alter des Kindes zu Beginn des Missbrauchs bzw. der Misshandlung sein, die Art und Dauer der Handlungen des Täters sowie die prätraumatische Persönlichkeitsentwicklung des Opfers. Draijer (1990) konnte nachweislich feststellen, dass Drogenabhängigkeit, Krankheit, emotionale Instabilität und Depressivität bei Eltern in Familien mit

sexuellem Missbrauch deutlich häufiger vorkommt und somit für die Kinder nicht verfügbar sind (vgl. Dulz & Jensen, 2000, S. 169 ff.).

Nachdem ein umfangreicher Einblick in die Theorie vermittelt wurde, werden nun die unterschiedlichen Theorien in dem nachfolgenden Kapitel analysiert und reflektiert.

3 Diskussion

In der Literatur werden die im Theorieteil beschriebenen Aspekte zur Entwicklung der Borderline-Problematik nach wie vor kontrovers diskutiert. Ein Großteil der Autoren ist der Meinung, dass die frühe Mutter-Kind-Beziehung einen wesentlichen Risikofaktor für die Ausbildung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellt. Doch auch hier gehen die Theorien im Einzelnen weit auseinander. Zudem stellt sich die Literatur immer wieder die Frage, welche Bedeutung Traumatisierungen für die Entwicklung einer Borderline-Problematik spielt. Muss eine Traumatisierung vorliegen, damit eine Borderline-Störung entsteht oder ist es nur einer von vielen Risikofaktoren. Diese und andere Aspekte werden nun bezüglich der Fragestellung dieser Arbeit, welche Rolle die Bindung, insbesondere die frühkindliche Beziehung zur Mutter, für die Ausbildung einer Borderline-Problematik spielt, diskutiert.

3.1 Mutter-Kind-Beziehung

Auch wenn den Theorien zur Entwicklung der Borderline-Störung, die im zweiten Kapitel vorgestellt wurden, verschiedene Sichtweisen bezüglich einer Störung der Mutter-Kind-Beziehung zugrunde liegen, gehen sie fast alle davon aus, dass diese Störung, worin sie im Speziellen auch immer besteht, die Folge der Unfähigkeit der primären Bezugsperson ist, die Bedürfnisse des Kindes adäquat zu befriedigen. Diese gestörte Beziehung zur Mutter kann weit reichende Folgen nach sich ziehen, unter Umständen auch eine Psychopathologie wie die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nach Kernberg (2000) stellt sie aufgrund aggressiver Disposition die Grundlage der aggressiven Impulsivität dar, welche durch schwere Frustrationen beim Kind

entstehen (vgl. Kernberg et al., 2000, S. 525). Die Annahme eines erhöhten Aggressionstriebes konnte jedoch in der Temperamentsforschung nicht bestätigt werden (vgl. Barnow, 2008, S. 260). Bowlby (zit. n. Hofmann, 2002) hingegen ist der Ansicht, dass Zurückweisung von der primären Bindungsperson Trennungsängste beim Kind auslöst. Das kann dazu führen, dass das Kind um die Bindung kämpfen muss und sich dies in Form von aggressiven Verhaltensweisen äußert. Diese bindungstheoretische Ansicht kann als Erklärung für das aggressive und impulsive Verhalten von Borderline-PatientInnen angesehen werden (vgl. Hofmann, 2002, S. 54). Außerdem ist kritisch anzumerken, dass Kernberg (2000) davon ausgeht, dass das Kind aufgrund seines Aggressionstriebes spaltet und zu unreif sei, die Objektbeziehungen zu integrieren und schaut dabei nur wenig auf die Bezugspersonen, die häufig nicht in der Lage sind ein einheitliches Bild fürs Kind abzugeben und die Spaltung durch ihr Verhalten hervorrufen. Das folgende Beispiel zeigt dies meiner Meinung nach sehr gut.

„Die Mutter hat auch ganz klar ne Borderline-Störung „[...]“ und auch selber missbraucht. Das ist so extrem, das hab ich so auch noch nicht erlebt. Das schwankt so, dass sie in einem Moment sagt, du bist mein aller liebstes Kind und so wirklich ganz nah an ihr dran ist an ihrer Tochter und im nächsten Moment kann das aber absolut kippen, du bist nicht mehr meine Tochter.“

Fonagy et al. (2004b) hingegen, welche Bindungstheorie und Psychoanalyse in ihrer Theorie verbinden, sehen die Problematik nicht in einem Scheitern des Reifungsprozesses, sondern vielmehr in der Interaktion zwischen Mutter und Kind. Sie sind der Ansicht, dass diese gestörte Interaktion in Form einer unsicher-desorganisierten Bindung die Unfähigkeit zu mentalisieren der primären Bindungsperson, i. d. R. der Mutter widerspiegelt. Diese Theorie geht über die elterliche Feinfühligkeit, der große Bedeutung in der Bindungsforschung zugekommen ist, hinaus und konnte in Untersuchungen darlegen, dass die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern für die Entwicklung eines bestimmten Bindungsmusters relevanter zu sein scheint als die Feinfühligkeit der Eltern. Sie stellten ein transgenerationelles Konzept zur

Mentalisierungsfähigkeit auf und konnten zeigen, dass sich die Fähigkeit bzw. Unfähigkeit zur Mentalisierung der Bezugspersonen auf die nächste Generation überträgt. Sie stellten fest, dass Borderline-PatientInnen aufgrund der mangelnden Mentalisierungsfähigkeit der Eltern nur einen niedrigen Wert auf der Reflexionsskala erreichten (vgl. Fonagy, 2004b). Da Fonagy et al. keine weiteren Faktoren für die Ausbildung einer Borderline-Störung heranziehen, müsste es bedeuten, dass alle Menschen mit einer geringen Mentalisierungsfähigkeit an einer Borderline-Störung leiden. Da dies nachweislich nicht der Fall ist, bedarf es meiner Meinung nach die Einbeziehung weiterer Risikofaktoren in diese Theorie.

Wenn ein Kind aufgrund eines Defizits der Mentalisierung seiner Eltern selbst diese Fähigkeit nicht ausreichend erlernen kann, müssen noch andere Faktoren für die Entwicklung dieser Psychopathologie existent sein, ansonsten hätte das Kind auch nur eine geringe Mentalisierungsfähigkeit wie die Eltern ohne eine Borderline-Störung. Entweder müssen weitere negative Einflüsse wie beispielsweise ein schlechtes Familienklima eine Rolle spielen oder aber als Schutzfaktor positive Aspekte wie Halt und Schutz außerhalb der Kleinfamilie, die eine Störung verhindern. Damit möchte ich deutlich machen, dass Fonagy und Mitarbeiter sich meiner Meinung nach zu sehr auf einen Faktor, nämlich auf die Mentalisierung richten und andere bedeutsame Faktoren außer Acht lassen. Deshalb sehe ich das Konzept von Fonagy und Mitarbeitern als unzureichend an.

Trotzdem stellen die Ergebnisse ihrer Untersuchungen eine große Bereicherung für die Ätiologie der Borderline-Problematik dar, denn ein Großteil der Symptomatik kann damit erklärt werden, die eigenen mentalen Zustände und die anderer nicht interpretieren und verstehen zu können. Wie bereits im Theorieteil erwähnt, schließen sich Fonagy und Mitarbeiter (2004b) Winnicotts (1967) Meinung an. Wenn ein Kind seine eigenen mentalen Zustände nicht in der Bezugsperson erkennen kann, da diese nicht in der Lage ist sie adäquat zu spiegeln, verinnerlicht das Kind die mentalen Zustände der Mutter und kann das Gefühl von Selbstkohärenz nur durch intensive Projektion mit der Mutter erhalten (vgl. Fonagy et al., 2004b, S. 221). Das nachfolgende Beispiel macht deutlich, welchen großen Einfluss dies auf das spätere Leben hat.

„... das sich nicht fühlen können. Also noch nicht mal wissen zu können, wie sie sich selber eigentlich fühlt. Sie sieht das an den Reaktionen der anderen, wie sie mit ihr umgehen. Aha, alle lächeln mich an, also muss es mir wohl gut gehen.“

Mahler sieht die Ursache der Borderline-Problematik ebenfalls in einer gestörten Interaktion zwischen Kind und Mutter. Sie geht davon aus, dass die Mütter späterer Borderline-PatientInnen entweder abweisend oder klammernd auf die Autonomiebestrebungen des Kindes reagieren. Dadurch gelingt es Borderline-PatientInnen nicht, eine Objektkonstanz zu erreichen (vgl. Kreisman & Straus, 2005, S. 82 f.).

„Das, was Borderline-Mädchen überhaupt fehlt, ist das, was man in der Psychologie Objektkonstanz nennt. Es fehlt der rote Faden, es fehlt so ne Basis in ner Beziehung. Also entweder alles oder nichts. Es schwankt entweder ganz nach oben oder nach unten. Aber so ne Basis, was Konstantes das ist eigentlich fast unmöglich.“

Dieses Beispiel macht die Angst vor Verschlungenwerden und Verlassenwerden von Borderline-PatientInnen, die die Erfahrung aus der frühen Kindheit widerspiegelt, deutlich und wie sehr das Misslingen einer Objektkonstanz in der Kindheit auch alle anderen zwischenmenschlichen Beziehungen im weiteren Leben prägen.

„Wenn sie das Gefühl hat, dass sie für den Freund jetzt ganz doll wichtig wird und der Freund ihr ganz viel Liebe geben will, denn fühlt sie sich sofort bedrängt, will sie ihn auf Distanz haben und denn guckt sie sich nach anderen Jungs um, als Abwehr so gegen den Freund, und wenn er zu weit weg rückt und sie das Gefühl hat, er sieht sie nicht mehr richtig, dann hat sie panische Angst, dass er sie verlässt, also nicht lebenswert zu sein und verlassen zu werden. Das ist so bedrückend für sie. Das ist eigentlich immer präsent. Und zwischen diesen beiden Polen kippt sie so hin und her.“

Dornes (1998) und Stern (2000) hingegen stellen aus der Perspektive der beobachtenden Säuglingsforschung fest, dass Säuglinge die Außenwelt durchaus differenziert wahrnehmen. Mahlers Theorie zur Symbiose muss deshalb kritisch betrachtet werden. Stern (2000) legt nahe, dass Säuglinge spätestens ab dem 2. Lebensmonat das Selbst vom anderen unterscheiden und keine Verschmelzung erleben (vgl. Hofmann, 2002, S. 114). Wenn man alle Theorien gemeinsam betrachtet, wurden anscheinend zwei verschiedene Erziehungsstile bei Müttern von Borderline-PatientInnen, nämlich Über- oder Unterengagement beobachtet. Zum einen also die feindselig-abhängigen, überengagierten Familien und zum anderen die vernachlässigenden, keinen Schutz gewährenden Familien. Diese sind häufig emotional nicht verfügbar für den Säugling und sorgen sich nicht empathisch und liebevoll um ihr Kind.

„Die Mutter selber ist auch psychisch schwer gestört. Sie hat immer wieder lange Klinikaufenthalte, ist sehr, sehr instabil und gibt dem Mädchen das Gefühl, du bist mir eigentlich zu viel. Also eigentlich dreht sich die Mutter sehr um ihre eigene Bedürftigkeit. Sie hat so damit zu tun selber zu überleben. Sie hat eigentlich gar nicht die Kraft dazu, sich um die Bedürfnisse der Tochter zu kümmern.“

Bei überengagierten Familien hingegen befindet sich das Kind oft im Kampf mit der Abhängigkeitsproblematik. In diesen Familien werden die Abhängigkeitsbedürfnisse häufig belohnt. Jeder Schritt in die Autonomie löst eine starke emotionale Reaktion bei den Eltern aus und wird als Bedrohung erlebt. Mehrere jüngere Untersuchungen haben ergeben, dass die meisten Borderline-PatientInnen ihre Eltern als weniger fürsorglich, aber stärker schützend erlebten als die Kontrollgruppe, also eine Kombination von geringer Fürsorge und Überprotektion. Sie sind unfähig, eine emotionale Unterstützung für das Kind zu bieten, versuchen aber gleichzeitig eine Autonomie zu verhindern. Diese beiden Formen der Erziehung werden in der Literatur auch als Unter- bzw. Übersozialisation bezeichnet.

Parker (1983) nennt das „lieblose Kontrolle“. Es entsteht aus den Ergebnissen dieser Untersuchungen der Eindruck, dass die Erziehungsstile der Bezugspersonen aus einer Kombination zwischen Überengagement und Unterengagement/Missbrauch/Misshandlung geprägt sind. In anderen Untersuchungen haben Borderline-PatientInnen davon berichtet, dass in ihren Familien häufig Konflikte, Feindseligkeiten und chaotische Verhältnisse und Unvorhersehbarkeiten herrschen (vgl. Ruiz-Sancho & Gunderson, 2000, S.782 f.).

„... also dieses Mädchen das Gefühl hat, sie weiß nie, wo sie dran ist. Es gibt nie ne Sicherheit. Wenn sie sich gut fühlt mit der Mutter, kann das im nächsten Moment absolut kippen. „[...]“Auch wie abhängig das macht, dieses hin und her. Wenn die Mutter sie ständig zurückstößt und gleichzeitig mit ner übermäßigen Liebe kommt, wie verstrickt die Tochter ist und wie es ihr ist, überhaupt irgend ne Distanz zu finden und das sie eben in so ne Abhängigkeitsbeziehung dadurch gerät.“

Dies spiegelt sich auch in den Bindungsmustern von Borderline-PatientInnen wider und zwar in einem unsicher-verstrickten mit immer wieder desorganisierten Momenten verbunden.

„Unsicher ambivalent „[...]“ das ist ganz typisch für die Borderline-Mädchen. Also ne wahnsinns Sehnsucht nach der Beziehung, die wahnsinnig ersehnt und gleichzeitig gefürchtet ist.“

Alle Ergebnisse der Diskussion bezüglich der Mutter-Kind-Beziehung weisen darauf hin, dass die primäre Bindung einen wesentlichen Faktor für die Entwicklung einer Borderline-Störung darstellt. Die Bindung kann sich sowohl als Risikofaktor für eine Psychopathologie, insbesondere für die Borderline-Persönlichkeitsstörung auszeichnen als auch als Schutzfaktor, die eine Störung verhindern kann. Hier möchte ich mich Bowlby (2005) anschließen, der der Meinung ist, dass die frühkindliche Bindung zu der primären Bezugsperson von entscheidender Bedeutung für die spätere Entwicklung des Kindes ist. Sie stellt

demzufolge die Basis für den weiteren Entwicklungsverlauf dar, vor allem welche Auswirkungen negative Einflüsse im Leben auf die Entwicklung der Persönlichkeit haben. Wie bereits erwähnt, ist die Bindung jedoch nur die Grundlage der Entwicklung. Sie kann meiner Meinung nach nicht die alleinige Verantwortung für eine Borderline-Problematik tragen. Dafür bedarf es noch weiterer Faktoren, die ich nun anhand der entsprechenden Theorien diskutieren werde. Bevor ich allerdings mit diesem Kapitel fortfahren werde, möchte ich noch ein Zitat aus dem Interview anführen, welches sehr deutlich zeigt, wie schmerzhaft die primäre Beziehung von Borderline-PatientenInnen häufig ist.

„Dass ich drauf wetten kann, dass dieses Aussteigen aus der Beziehung oder ein Abkippen gerade dann kommt, wenn's besonders schön war. Und ich glaub, das sind auf jeden Fall zu 90% unbewusste Prozesse. Denn kommt n Schmerzreflex, die Erinnerung an ne Beziehung, die richtig wichtig war, nämlich die zur Mutter oder zum Vater und die so wehgetan hat und wo sie sich so ohnmächtig gefühlt haben.“

3.2 Traumatisierungen

Einige AutorenInnen und TherapeutenInnen wie beispielsweise Reddemann und Sachsse (2000) sehen die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine chronische komplexe posttraumatische Belastungsstörung an. Untersuchungen haben jedoch ergeben, dass nicht bei allen Borderline-PatientenInnen Traumatisierungen vorhanden zu sein scheinen (vgl. Barnow, 2008; vgl. Dulz & Jensen, 1999). Familienstudien ergaben, dass sich 20% - 40% aller Borderline-Störungen ohne einen Missbrauch, einer Misshandlung oder Vernachlässigung entwickeln (vgl. Ruiz-Sancho & Gunderson, 2000, S 780).

Dies macht zwar umgekehrt auch deutlich, wie viele Borderline-PatientenInnen Traumatisierungen in ihrer Biografie ausgesetzt waren und dass ein Zusammenhang zwischen Trauma und Borderline-Problematik in den meisten Fällen vermutet werden kann, doch es macht auch deutlich, dass es nicht der einzige Faktor bei der Ausbildung einer Borderline-Störung sein kann. Traumatisierungen stellen demnach ein Risikofaktor dar, jedoch keine

Notwendigkeit. Das soll nicht bedeuten, dass Traumatisierungen unter bestimmten Voraussetzungen nicht auch ausschlaggebend für eine Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung sein können. Untersuchungen ergaben, dass bei einem Drittel der PatientInnen, die von schwerem Missbrauch oder Misshandlung berichteten, dem Trauma eine entscheidende Bedeutung bei der Entstehung einer Borderline-Problematik zukommt. Bei den restlichen zwei Dritteln dürften allerdings andere Faktoren eine wesentliche Rolle spielen (vgl. Paris, 2000, S. 163). Aus diesen Gründen sollte das Konzept der chronischen posttraumatischen Belastungsstörung in Frage gestellt werden.

Widom und Morris (1997) zeigten hingegen mit ihren Untersuchungen, dass nur 64% der missbrauchten Frauen zwanzig Jahre nach der Therapie tatsächlich einen sexuellen Missbrauch angaben. Der Missbrauch war im Rahmen des therapeutischen Settings dokumentiert. Bei den Männern waren es sogar nur 16%. Wenn die Frage anders gestellt wurde und zwar, ob sie sexuelle Erfahrungen als Kind mit einem Erwachsenen gesammelt haben, kamen 42% der Männer heraus. Dies macht deutlich, dass manche Menschen sexuellen Missbrauch anders definieren oder sie gar nicht wissen, dass das „unnormale“ ist, was ihnen dort geschehen ist. Dies könnte für eine chronische posttraumatische Belastungsstörung sprechen, denn der Anteil der Borderline-PatientInnen, die sich an keine Traumatisierungen erinnern, könnten evtl. doch traumatischen Erfahrungen in der Kindheit oder Jugend ausgesetzt worden sein.

Kernberg (2000) ist hingegen der Meinung, dass man posttraumatische Belastungsstörungen von typischen Persönlichkeitsstörungen trennen sollte (vgl. Kernberg, 2000, S. 527). Außerdem geht Kernberg (2000) von der primären Bedeutung familiärer Erfahrungen aus, die er in der frühen Kindheit ansiedelt. Doch Traumatisierungen sind in jeder Lebensspanne für eine Ausbildung der Borderline-Störung von Bedeutung. Auch Menschen, die erst im Erwachsenenalter einem sexuellen Missbrauch ausgesetzt waren, entwickelten eine Borderline-Problematik. Auch Gergely et al. (2003) sind der Meinung, dass die Unfähigkeit mentalisieren zu können als Folge traumatischer Erfahrungen mit frühen Bezugspersonen angesehen werden kann (vgl. Gergely et al., 2003).

Damit berücksichtigen auch sie nicht Traumatisierungen im späteren Verlauf des Lebens. Zusätzlich gehen sie davon aus, dass diese Traumatisierungen durch die primären Bezugspersonen verursacht worden sind, dabei kommen für die Störungsentwicklung relevante Traumata recht häufig auch noch außerhalb der Familienbeziehungen vor, wie z. B. Naturkatastrophen, das Miterleben eines gewaltsamen Todes usw. ohne zuvor in der Kindheit misshandelt oder Ähnliches worden zu sein (vgl. Fiedler, 2007, S. 184 f.). Zudem würde ihre Annahme, dass die Unfähigkeit zu mentalisieren aus traumatischen Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen resultiert, bedeuten, dass Borderline-PatientInnen immer traumatisiert worden sein müssen, welches wie bereits erwähnt nicht der Fall zu sein scheint, da nicht bei allen Menschen mit einer Borderline-Problematik Traumatisierungen festgestellt werden konnten (vgl. Barnow, 2008; vgl. Dulz & Jensen, 1999).

Prävalenzstudien zu Kindheitstraumata zeigen deutlich, dass nicht jede Realtraumatisierung zur Entwicklung einer Borderline-Störung führt. Daraus lässt sich schließen, dass weitere ätiologisch bedeutsame Faktoren für die Ausbildung dieser Problematik eine Rolle spielen wie die frühe Mutter-Kind-Beziehung, Familienklima, soziale Faktoren sowie genetische und neurobiologische Aspekte (vgl. Dulz & Jensen, 1999, S. 168). Auch Draijer ist (1990) der Meinung, dass sexuelle Traumatisierung allein keine ausreichende Begründung für eine Beeinträchtigung des Kindes darstellt. Vernachlässigung und Ablehnung des Kindes sind ebenso bedeutsame Elemente.

Nach Köhler (1990) bedingt eine vernachlässigende Mutter unter Umständen die Ausbildung einer Borderline-Störung, da das Kind keinerlei Halt und Schutz erfährt, im Gegensatz zu einer Mutter, die in der Säuglingszeit besonders schützend gewesen ist, wodurch in Bezug auf einen späteren Inzest ein „protektiver Faktor“ entstanden ist. Das Verhalten der Mutter während der Säuglingszeit kann demnach dafür mit entscheidend sein, ob infolge von Traumata eine Borderline-Störung entwickelt wird oder nicht. Dieser Ansicht möchte ich mich anschließen, da ich bereits im letzten Kapitel erwähnte, dass die Bindung einen wesentlichen Faktor darstellt, insbesondere im Zusammenhang mit den Auswirkungen späterer negativer Einflüsse wie es Traumatisierungen sind. Ich möchte dieses Kapitel mit einem Zitat beenden.

„In allen Fällen schwere Traumatisierungen. „[...]“ Ich glaub, der aller größte Schmerz sind die (fluktuierenden) Primärbeziehungen, die gescheiterten Beziehungen zu Mutter und Vater. Und ich glaube gar nicht mal so sehr, dass das Trauma, das ist in allen Fällen sexueller Missbrauch im Spiel, von den Borderline-Mädchen, die ich jetzt kenne. Ich glaube gar nicht so sehr, dass das allein ausschlaggebend war für die Borderline-Störung. Ich glaub, dass da Vieles zusammen kommt, nämlich auch hoch ambivalente Mütter, von denen sie sich nicht wirklich geliebt gefühlt haben, in dem Sinne, wie sie es gebraucht hätten. Und ich glaub, dass dieses erschütterte Gefühl im Selbstkern und diese Borderline-Störung ganz auf mehreren Faktoren beruht, also nicht nur auf dem Trauma. Das ist zwar in allen Fällen der Fall, aber bestimmt nicht nur das Auslösende.“

Nun möchte ich noch andere Faktoren mit einbeziehen, die meiner Meinung nach ebenfalls eine Rolle spielen bei der Entstehung einer Borderline-Störung.

3.3 Weitere Faktoren

Da auch Kinder ohne oder mit einer anderen Störung unsichere und desorganisierte Bindungsmuster aufweisen und es anscheinend auch Borderline-PatientInnen ohne Traumatisierungen gibt, könnten weitere Faktoren wie soziale, genetische, neurobiologische oder familiäre Faktoren außerhalb der Bindung für die Ausbildung einer Borderline-Problematik mit verantwortlich sein. Es ließen sich zwar meist ungünstigere Entwicklungsbedingungen bei Borderline-PatientInnen feststellen als bei der nichtklinischen Kontrollgruppe.

Wenn allerdings klinische Kontrollgruppen mit einbezogen wurden, stellte sich zunehmend die Frage, ob es sich bei den genannten Erziehungsstilen und Bindungsmustern um typische Entwicklungsbedingungen von Borderline-PatientInnen handelt. Anscheinend stellen diese Ergebnisse keine ausreichende Erklärung für die Entwicklung dieser Störung dar. Einige AutorenInnen nehmen aus theoretischen Überlegungen an, dass der Borderline-Störung ein genetischer Kern zugrunde liegt (vgl. Torgersen, 2000, S. 217). Linehan (zit. n. Barnow, 2008) geht ähnlich wie Kernberg von einer

affektiven Vulnerabilität aus. Darüber besteht in der Literatur kein konsistentes Bild. Die klinischen Erfahrungen und die Selbstbeurteilungen der PatientenInnen bestätigen diese Ansicht. Andere Untersuchungen aus der Temperamentsforschung hingegen stimmen nicht zu. Linehan bezieht in ihrem Modell der Dialektisch Behavioralen Therapie eine invalidierende Umgebung mit ein, welches dem Konzept der Mentalisierungsunfähigkeit (Fonagy et al.) ähnelt. Trotzdem wird in der Literatur keine Verknüpfung hergestellt. Unter Invalidierung wird die Reaktion der Eltern verstanden, auf die Gefühle des Kindes inadäquat einzugehen, das Kind mit seinen Bedürfnissen nicht ernst nehmen oder allein lassen bzw. die Autonomiebestrebungen des Kindes durch einen überprotektiven Erziehungsstil unterbinden. Invalidierung löst Gefühle von Angst, Trauer und Hilflosigkeit aus. Die Einbeziehung einer invalidierenden Umwelt könnte demnach eine Erklärung für die Entstehung einer Borderline-Problematik mit und ohne Traumatisierung darstellen, jedoch gibt es keine nachweislichen Untersuchungen zu ihrer Hypothese.

Weiterhin geht sie davon aus, dass eine biologische Diathese, d.h. eine biologische Anfälligkeit für diese Krankheit vorhanden ist, die in der Interaktion mit negativen Lebensereignissen, vor allem mit sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung, aber auch mit invalidierenden Umwelterfahrungen und Vernachlässigung zu einer Affektregulationsstörung führt. Die Annahme einer biologischen Diathese konnte inzwischen größtenteils bestätigt werden (vgl. Barnow, 2008, S. 263). Barnow (2008) und andere konnten nahe legen, dass prä-, peri- und postnatale Risiken (vor, während und nach der Geburt) bei Kindern von Borderline-Müttern, welche selbst ein erhöhtes Risiko haben an einer Borderline-Störung zu erkranken, häufiger auftreten als bei Kindern von gesunden oder depressiven Müttern (vgl. ebenda, S. 263).

Es wurde jedoch auch deutlich, dass die genannten AutorenInnen die genetische Biologie nicht als einzigen bedeutsamen Faktor ansehen. Kernberg (2001) geht zudem von einer neurologischen Störung als Ursache für Persönlichkeitsstörungen aus, die sexuellem, körperlichem und verbalem Missbrauch zuzuschreiben sind. Auch andere Autoren wie Teicher et al. (1994) und Van der Kolk und Greenberg (1987) fanden einen Zusammenhang zwischen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und einer Überaktivität des

limbischen Systems, welches unter anderem für die affektive Labilität, Impulsivität, Aggression und dissoziative Zustände verantwortlich gemacht werden könnte (vgl. Kernberg, P., 2001, S. 173). Dies ist jedoch nur bei den PatientenInnen möglich, bei denen Missbrauchserfahrungen vorhanden sind. Bei Borderline-Individuen ohne traumatische Erfahrungen kann dieser Zusammenhang nicht bestehen. Aus diesem Grund kann dieser Faktor zwar bei einigen Borderline-PatientenInnen als bedeutsam angesehen werden, jedoch nur bei einem Teil. Er stellt demnach keine Notwendigkeit dar für eine Ausbildung dieser Störung, sondern kann nur als weiterer Risikofaktor gelten. Zwillingsstudien zur genetischen Ätiologie der Borderline-Störung erbrachten kontroverse Ergebnisse. Es ist also möglich und auch anzunehmen, dass neurobiologische und genetische Faktoren bei der Entstehung einer Borderline-Problematik eine Rolle spielen, doch ohne weitere Untersuchungen kann dies nicht mit Sicherheit gesagt werden.

Paris (2000) ist der Ansicht und dem möchte ich mich anschließen, wenn biologische und psychosoziale Faktoren für eine Ausbildung der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht ausreichend sind, könnten zusätzlich noch soziale Risikofaktoren daran beteiligt sein. Denn nicht bei jedem, der den mit der Borderline-Störung assoziierten Risikofaktoren (biologische und psychosoziale) ausgesetzt ist, entwickelt sich eine Psychopathologie. Es könnte z. B. sein, dass soziale Wertesysteme einige Verhaltensweisen mehr und andere weniger belohnen und damit einzelne Persönlichkeitszüge hervorheben und andere unterdrücken. Somit könnte die Impulsivität in einer traditionellen Gesellschaft unterdrückt und in einer modernen geradezu gefördert werden.

Zum anderen ist zu betrachten, welchen Einfluss die Gesellschaft auf die Familie ausübt. Sie kann dazu beitragen, dass Familien durch soziale Faktoren häufiger gestörte Muster annehmen, wie z. B. durch zunehmende Trennungen und Scheidungen oder durch Suchtmittelmissbrauch der Eltern. Soziale Faktoren haben also Einfluss auf das Ausmaß einer Störung der Familie. Die Funktionsfähigkeit der Familie hängt demnach von äußeren Faktoren ab, z. B. welche Unterstützung sie durch die erweiterte Familie und durch die soziale Gemeinschaft erhält. Die Bezugspersonen sind weniger überfordert, wenn diese Unterstützung immer leicht verfügbar ist. Die Kinder wachsen unter

stabilen sozialen Bedingungen auf und werden vor einer Störung der Familie geschützt. Außerdem finden sie, selbst wenn sie in einer gestörten Familie aufwachsen, leichter andere Bezugspersonen in der Gemeinschaft, zu denen sie eine Bindung aufnehmen können. In einem zerrütteten gesellschaftlichen Umfeld, wie es häufig in modernen Gesellschaften der Fall ist, gibt es diese Unterstützung kaum und somit auch keine alternativen Bindungen außerhalb der Kernfamilie. Aus diesem Grund ist eine Störung der Familie in modernen Gesellschaften wahrscheinlicher als in traditionellen. Kinder und Jugendliche, welche also sowohl biologisch als auch psychologisch anfällig sind und zudem keine ausreichende Unterstützung durch Familie und Gemeinschaft erhalten, haben keinerlei Schutz und somit auch keine Widerstandskraft gegen eine Psychopathologie wie der Borderline-Störung (vgl. Paris, 2000, S. 815 f.).

Auch Richter-Appelt und Tiefensee (1996) legen nahe, dass besonders die Verschlechterung der finanziellen Situation und der Wohnverhältnisse, aber auch der sozialen Situation allgemein als Begleitfaktoren für Missbrauch und Misshandlung eine Rolle spielen. Auch Golomb et al. (1994) weisen auf die Bedeutung von finanziellen und anderen Nöten bezüglich der chaotischen Familienverhältnisse von Borderline-PatientInnen hin (vgl. Dulz & Jensen, 2000, S. 178). Die Bezugspersonen sind aufgrund eigener emotionaler Unausgeglichenheit als Folge dieser Bedingungen häufig nicht in der Lage, empathisch auf ihr Kind einzugehen.

Somit können meiner Meinung nach soziale Faktoren durchaus einen weiteren Risikofaktor darstellen, vielleicht nicht direkt, aber auf jeden Fall indirekt. Sie können nämlich einen protektiven Faktor darstellen, indem Familien Unterstützung und Halt außerhalb der Kernfamilie erhalten und Kinder alternative Bindungen in der sozialen Gemeinschaft finden. Wenn dies nicht der Fall ist, wie in unserer heutigen Gesellschaft häufig, finden Kinder keinen Schutz und keine Alternativen außerhalb der Familienpathologie. Von daher sollten soziale Risikofaktoren bei der Ausbildung einer Borderline-Störung mit berücksichtigt werden. Und gerade die Erforschung dieser Faktoren ist Aufgabe der Sozialen Arbeit, denn die Verwurzelung dieser komplexen Systeme, also die Auswirkung von einem Faktor auf einen anderen und so weiter, gehört definitiv in den Forschungsbereich der Sozialen Arbeit. Es ist doch kein

Wunder, dass in den meisten Konzepten soziale Faktoren völlig unberücksichtigt bleiben, wenn auf diesem Gebiet nichts passiert. Deshalb sehe ich es als dringend notwendig an, dass sich die Soziale Arbeit hier viel mehr engagiert und integriert, damit soziale Faktoren in Zukunft mehr Berücksichtigung in den Konzepten finden.

3.4 Fazit der Diskussion

Da meiner Ansicht nach weder die oben dargestellten bindungstheoretischen noch die psychoanalytischen Erklärungsmodelle für die Entstehung einer Borderline-Störung ausreichend sind, möchte ich mich der Meinung derjenigen AutorenInnen wie Dulz und Jensen (2000) oder auch Liotti (2002) anschließen, die ein mehrdimensionales Modell für die Entstehung einer Borderline-Störung vorschlagen.

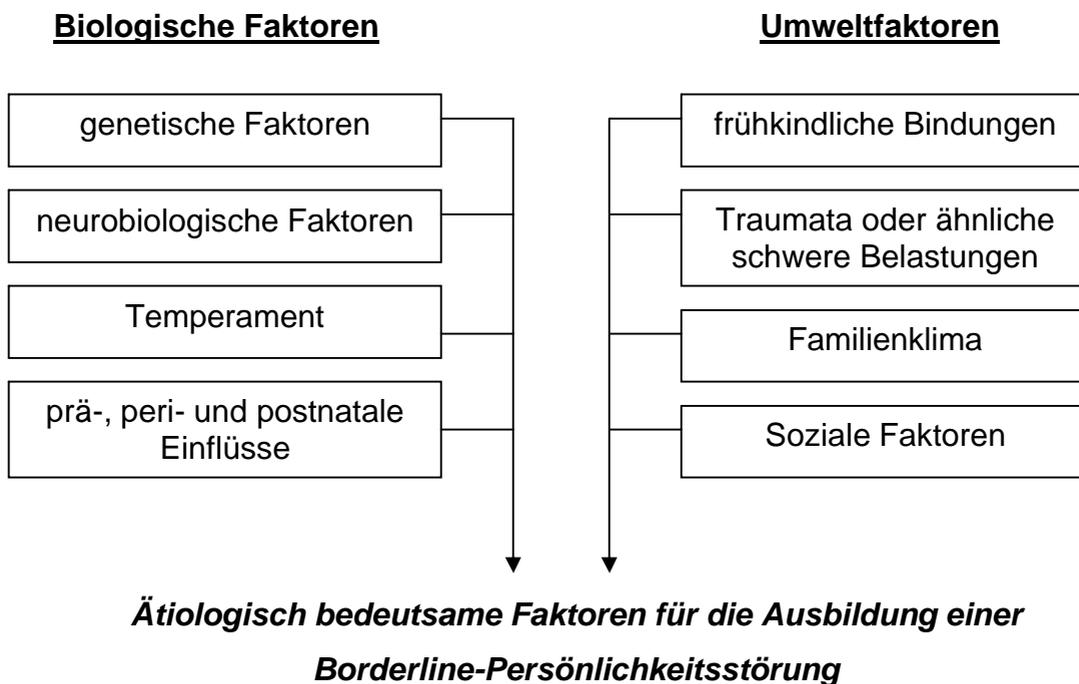


Abb. 3: eigene Darstellung

Ich bin zu dem Entschluss gekommen, dass weder die frühe Mutter-Kind-Beziehung, d.h. die primäre Bindung, noch frühe Traumata für die Entwicklung einer Borderline-Störung ausreichend sind. Meiner Ansicht nach ist die Ätiologie der Borderline-Störung ein sehr komplexes Phänomen, welches auf mehreren Ebenen schwere Belastungen für die späteren PatientenInnen mit sich bringt. Je mehr von den genannten Risikofaktoren zutreffen, umso wahrscheinlicher ist eine Entstehung dieser Störung. Das bedeutet nicht, dass alle Faktoren vorhanden sein müssen. Wenn nur eine geringe biologische Vulnerabilität vorliegt, bedarf es evtl. mehr psychologischer und sozialer Faktoren, damit eine Borderline-Störung auftritt.

Es heißt auch nicht, wenn eine sichere Bindung mit der Primärperson in der Kindheit vorliegt, befreit zu sein von der Entwicklung einer Borderline-Problematik. Denn zum einen ist Bindung nichts Statisches und kann sich z. B. durch spätere traumatische Ereignisse mit der Bindungsperson in ein anderes Bindungsmuster umkehren. Und zum anderen können eine hohe biologische Disposition und schwere Traumatisierungen außerhalb dieser Bindung ebenfalls zu einer Psychopathologie führen, doch die Wahrscheinlichkeit ist wesentlich geringer als bei einem Kind mit einer unsicher-desorganisierten Bindung, da es selbst bei der Mutter keine Sicherheit findet im Gegensatz zu einem Kind mit sicherer Bindung, welche dann als protektiver Faktor wirken kann. Deshalb sehe ich die Bindung als einen sehr wichtigen Faktor an.

Aus diesem Grund sollte die Bindungstheorie auf jeden Fall auf diesem Gebiet weiter forschen und ihre Studien viel mehr vergleichen, um Schnittstellen bzw. Differenzen zu finden. Weiterhin bin ich der Meinung, dass man die Theorien der Psychoanalyse und der Bindungstheorie mehr verknüpfen sollte. Hiermit hat z. B. Fonagy in seiner Theorie zur Mentalisierung bereits begonnen. Dies sollte noch mehr geschehen, um diese Verknüpfung nicht nur in der Theorie, sondern auch in der praktischen Arbeit fruchtbar machen zu können, wobei ich beim Thema des nächsten und letzten Kapitels angekommen bin, welches sich näher mit den Schlussfolgerungen für die therapeutisch-pädagogische Arbeit auseinandersetzen wird.

4 Schluss

Es wurde ersichtlich, wie wichtig die primären Beziehungen und das enge Umfeld für die Ausbildung einer Borderline-Problematik sind. Da Borderline-PatientenInnen bisher meist nur enge Beziehungen erlebt haben, die traumatisierend oder unzuverlässig waren, ist meiner Ansicht nach das Wichtigste für die therapeutisch-pädagogische Arbeit eine stabile Beziehung aufzubauen und die auch halten zu können. Dies ist vielleicht nicht immer möglich, doch auch in schwierigen Situationen ist es wichtig, eine sichere Basis darzustellen und zu signalisieren, ich bin für dich da, wenn du mich brauchst. Lichtenberg (1990) ist der Meinung, dass gerade die Kontinuität einer stabilen psychoanalytischen Beziehung zu einer neuen Hintergrunderfahrung führt.

Schon für Winnicott (1953, 1984) war die haltende Umgebung des Säuglings für eine gesunde psychische Entwicklung dringende Voraussetzung. Bei Fehlen eines Gehaltenwerdens ist die Angst des Kindes mit einem Gefühl einer drohenden Vernichtung gleichzusetzen. Diese Angst lässt sich mit der frei flottierenden Angst von Borderline-PatientenInnen im Erwachsenenalter vergleichen (vgl. Dulz et al., 2000, S. 494 f.). Es ist deshalb wichtig, diese frühen Erfahrungen gegen neue haltende Erfahrungen auszutauschen. Dies hört sich einfacher an als es tatsächlich ist und benötigt deshalb viel Zeit. Es ist jedoch nicht nur bedeutend, dass der/die TherapeutIn Halt und Sicherheit bietet, sondern das gesamte Team sollte eine haltende Umgebung für den/die PatientenIn bilden.

Dies kann meiner Meinung nach nur durch Verständnis, Einfühlungsvermögen und Authentizität erreicht werden, sodass sich die PatientenInnen ernst genommen und sich mit ihren Ängsten verstanden fühlen. Ihnen muss bestätigt werden, dass sie liebenswert sind. Aber auch Grenzen müssen aufgezeigt werden. Sie können so lernen, dass z. B. BetreuerInnen wütend auf sie sein können und gleichzeitig aber für sie immer verfügbar sind, egal in welcher Situation. Putnam (1993) betont, dass die PatientenInnen sich erst sicher fühlen müssen, bevor die eigentlichen Probleme angegangen werden könnten (vgl. Dulz et al., 2000, S. 496). Ich bin jedoch der Ansicht, wenn das erreicht ist, ist schon ein Teil des eigentlichen Problems bearbeitet worden. Wenn also eine

sichere Beziehung entstanden ist, hat der/die PädagogelIn bzw. TherapeutIn mit Sicherheit schon ein großes Stück Arbeit hinter sich. Denn eine sichere Beziehung bedeutet auch Selbstwerterhöhung, Stabilisierung und Objektkonstanz. Dazu gehört auch ein angemessenes Nähe-Distanz-Verhältnis finden zu können. Wenn dies alles erfolgreich erreicht wurde, sicherlich auf einem langen Weg mit vielen Hürden und es evtl. auch nur zum Teil gelingt, kann die Borderline-Angst reduziert werden. Dadurch, dass neue Bindungsmuster die alten teilweise oder sogar ganz ersetzen konnten, können Gefühle des Verlassenwerdens deutlich gemindert werden. In diesem Zuge können auch die Abwehrmechanismen reifen. Andere AutorenInnen wiederum sind der Meinung, dass zuerst die Angst reduziert werden muss, damit überhaupt eine stabile Beziehung aufgebaut werden kann.

Sie sind sich jedoch alle einig, sowohl PsychoanalytikerInnen als auch VerhaltenstherapeutenInnen und BindungstheoretikerInnen, dass eine sichere Beziehung in der Behandlung von Borderline-PatientenInnen ein ganz wesentliches Kriterium ist. Auch Fonagy et al. (2004) sehen das ebenso. Denn für sie liegt das therapeutische Ziel in einer allmählichen Verbesserung der Mentalisierung und dies ist nur im Kontext einer sicheren Basis möglich. Der/Die TherapeutIn muss dem/der PatientenIn dabei helfen, emotionale Zustände zu verstehen und zu benennen, indem der/die PatientIn sich selbst als denkendes, fühlendes Wesen in den Gedanken und Gefühlen des/der TherapeutenIn entdecken und dieses Bild in sein/ihr Selbstgefühl integrieren kann. Doch wie schon erwähnt, gilt dies nicht nur für TherapeutenInnen, sondern in gleichem Maße auch für SozialpädagogenInnen, und auch für ErzieherInnen und anderes Personal. Dieser Ansicht ist auch meine Interviewpartnerin.

„Ich arbeite natürlich ganz ganz stark mit der Beziehung. Das ist überhaupt das Wichtigste.“ „[...]“ „...also dieses Doppelte, was immer gefordert ist im sozialen Bereich, sowohl von Pädagogen wie von Therapeuten, Distanz zu halten und nah dran zu sein, dieses merkwürdige Paradox, das ist in keinem Fall wie bei den Borderline-Mädchen so doll gefordert.“ „[...]“ „Also das Wichtigste für mich immer mit Borderline-Mädchen immer zu signalisieren, ich bin an deiner Seite,

egal was passiert, egal ob das abbricht oder stürzt, ganz nach oben, ganz nach unten. Ich bin an deine Seite. Das ist das aller aller Wichtigste.“

Zudem ist es wichtig, die Familie von Borderline-PatientenInnen einzubeziehen, da sie eine sehr bedeutende Rolle spielt. Wie aus dieser Arbeit ersichtlich wurde, hat die Familie in fast allen Fällen, wenn nicht sogar in allen, einen großen Einfluss auf die Entwicklung dieser Erkrankung. Um nicht nur das individuelle Problem der Borderline-PatientenInnen zu behandeln, sondern auch die Ursachen bekämpfen zu können, die hauptsächlich in einem kranken Familiensystem liegen, finde ich die Einbeziehung der Familie äußerst notwendig.

Einen weiteren Punkt der Behandlung sehe ich in der Aufklärung der Erkrankung, damit sich die PatientenInnen mit ihren Gedanken und Gefühlen besser verstehen können. Sie empfinden ihre Gedanken und vor allem ihre Gefühle dann nicht mehr so sehr als chaotisch, sondern können sie leichter nachvollziehen, da sie die Hintergründe dessen kennen. Weiter sollten Erzählungen von traumatischen Erfahrungen stets ernst genommen werden, denn was zählt, sind die subjektiven Erinnerungen der PatientenInnen und die daraus resultierenden Gefühle. Die Literatur ist sehr heterogen in Bezug auf die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Meiner Meinung nach ist es deshalb notwendig, mehr empirische Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der einzelnen Behandlungsansätze zu machen.

Mehr Studien sollten auch im Bereich der Ätiologie gemacht werden. Diese sollten zudem viel mehr miteinander verglichen werden, sodass Zusammenhänge besser sichtbar werden und die einzelnen Theorien nicht nur, so heterogen wie sie sind, nebeneinander ohne jegliche Verbindung stehen bleiben. Daraus könnten wichtige ätiologisch bedeutsame Faktoren ein besseres Verständnis für die Borderline-Problematik schaffen und demzufolge effektivere Behandlungsmöglichkeiten entstehen. Meiner Meinung nach sollten also auf jeden Fall weitere empirische Untersuchungen, gerade auch in der Bindungsforschung, stattfinden. Denn besonders die Bindungsforschung hat in Bezug auf die Borderline-Störung noch ein großes Forschungsfeld vor sich,

welches in der Vergangenheit längst nicht ausreichend bearbeitet wurde. Beispielsweise stellt sich die Frage, ob die Metakognition der Eltern nach Main (1991), Gergely et al. (2003) und anderen einen bedeutsameren Einfluss auf die Bindungsqualität und auf die weitere Entwicklung des Kindes hat als die reine elterliche Feinfühligkeit nach Ainsworth (1978). Dies würde nämlich einen Unterschied in der therapeutisch-pädagogischen Arbeit darstellen. Nach dem Konzept der elterlichen Feinfühligkeit würde der pädagogische Schwerpunkt eher darauf liegen, feinfühlig auf die Borderline-Individuen einzugehen und eine sichere Bindung aufzubauen, also die fehlende elterliche Feinfühligkeit im therapeutisch-pädagogischen Setting nachzuholen.

Wenn jedoch darüber hinaus gegangen wird, wie es beim Konzept der Metakognition der Fall ist, wäre der Schwerpunkt auf der Erhöhung der Reflexionsfähigkeit zu setzen, indem sich die BetreuerInnen kohärent und berechenbar den PatientenInnen gegenüber verhalten und ihre Gefühle und Gedanken adäquat spiegeln. Damit PädagogenInnen aber überhaupt entsprechend der Forschung handeln können, ist es erst einmal notwendig, dass sie mehr über dieses Thema wissen. SozialarbeiterInnen können nur adäquat intervenieren, wenn sie das Hintergrundwissen haben. Ansonsten stellen sie sich ständig die Frage „warum“, die ich mir während meines Praktikums stellte. Zum Beispiel, warum reagiert sie jetzt so auf mein Verhalten? Ich kann mir jetzt nach dieser Arbeit, entsprechend der vorhandenen Studien und Theorien, diese Frage beantworten und bin der Meinung, dass jede/r SozialpädagogIn dieses Wissen benötigt, wenn er/sie in solch einem Bereich arbeitet.

Um dies bereits im Studium gewährleisten zu können, sollten Spezialisierungen in den einzelnen Bereichen der Sozialen Arbeit angeboten werden. Dies wird zwar schon durch die verschiedenen Projekte teilweise erfüllt, doch in der Psychologie z. B. ist die Vertiefung in einem bestimmten Gebiet viel intensiver. Dort werden im Studium verschiedene Bereiche angeboten, wie z. B. Klinische Psychologie. Dies ist jedoch nicht nur ein Seminar, sondern darunter verbergen sich verschiedene Seminare, die für diesen Bereich relevant sind. So ist es möglich, sich viel mehr Wissen in dem Bereich anzueignen, in dem man arbeiten möchte. Studierende der Sozialen Arbeit sagen häufig, ich weiß alles

und nichts. Alles deswegen, weil Soziale Arbeit sehr breit gefächert ist und man von allem schon einmal etwas gehört hat. Und nichts, weil gerade deshalb alles nur relativ oberflächlich angerissen werden kann. Würde der Studienaufbau allerdings ähnlich wie in der Psychologie gestaltet sein, könnten die Studierenden sich viel besser spezialisieren und wären demzufolge noch qualifizierter. Dies wiederum würde der Sozialen Arbeit vielleicht endlich mehr Anerkennung in der Gesellschaft bringen, denn es gäbe in den einzelnen Bereichen noch kompetentere SozialarbeiterInnen. So könnte es für diesen Bereich ein Vertiefungsgebiet Klinische Sozialarbeit geben, in dem es Seminare wie Diagnostik, Gesprächsführung und einzelne psychische Störungen gibt.

Zudem bin ich der Meinung, dass Bindungstheorie im Studium der Sozialen Arbeit eine größere Rolle spielen sollte. Denn egal, ob SozialarbeiterInnen mit Kindern, mit Jugendlichen oder auch mit Erwachsenen arbeiten, spielt die Bindung auch später noch eine wesentliche Rolle im Leben. Die Erfahrungen, die sie als Kind mit ihren Bezugspersonen gemacht haben, wirken sich stark auf ihre Entwicklung aus und prägen ihre Persönlichkeit. SozialarbeiterInnen könnten viele Verhaltensweisen der KlientenInnen besser verstehen, wenn im Studium mehr Bindungstheorie Inhalt wäre. SozialarbeiterInnen sind zwar häufig der Meinung, dass sie damit nichts zu tun haben, sondern dass das in die Psychologie gehört, doch ich finde es sehr wohl wichtig für SozialarbeiterInnen, schließlich haben sie mit den gleichen KlientenInnen zu tun.

Auch in der Bindungsforschung sollte sich die Soziale Arbeit mehr einmischen, denn meiner Ansicht nach ist genau das ein Bereich für die Klinische Sozialarbeit, doch zu sehen ist davon leider noch nichts. Die verschiedensten Bereiche der Psychologie, wie Entwicklungspsychologie, Psychoanalyse und Bindungstheorie beschäftigen sich mit der Entwicklung des Menschen und haben unterschiedliche Blickwinkel und dem entsprechend auch unterschiedliche Theorien. Warum forscht die Soziale Arbeit kaum in diesem Bereich und stellt Theorien aus ihrem Blickwinkel auf, in denen vielleicht noch ganz andere Faktoren aus der Sicht der Sozialen Arbeit einbezogen werden müssen, wie z. B. gesellschaftliche Faktoren, die auf jeden Fall Einfluss auf die

Entwicklung eines Menschen haben. Unter Einbeziehung solcher Faktoren könnten wiederum einzelne Psychopathologien, wie z. B. die Borderline-Persönlichkeitsstörung, aber auch andere Störungen, besser erklärt und verstanden werden. Die Soziale Arbeit muss sich daher unbedingt stärker machen und einen eigenen Standpunkt finden.

Die letzten Worte dieser Arbeit sollen nun an die Personen gehen, denen ich danken möchte. Dies ist zum einen meine Interviewpartnerin Jutta Czopski, der ich für das spannende Interview rechtherzlich danken möchte und zum anderen ein großes Dankeschön an meine Betreuerin Silke Gahleitner für die tolle Hilfe und Unterstützung während meiner Bachelorarbeit.

5 Literaturverzeichnis

- Barnow, S. (Hrsg.). (2008). *Persönlichkeitsstörungen. Ursachen und Behandlung. Mit fünf Fallbeispielen*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Bohus, M. (2002). *Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Bräumer, H. & Pfeifer, S. (2002). *Die zerrissene Seele. Borderline-Störungen und Seelsorge*. (4. Aufl.). Wuppertal: R. Brockhaus Verlag.
- Bretherton, I. (2001). Innere Arbeitsmodelle von Bindungsbeziehungen als Vorläufer von Resilienz. In G. Röper, C. von Hagen & G. Noam (Hrsg.). *Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie*. (S. 169-191). Stuttgart: Kohlhammer.
- Buchheim, A. (2005). Bindungsdesorganisation und die Entstehung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In R. Merod (Hrsg.). *Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Ein schulenübergreifendes Handbuch*. (S. 447-463). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Dulz, B. (1999). Wut oder Angst - welcher Affekt ist bei Borderline-Störungen der zentrale? *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*, 3, 30-35.
- Dulz, B. & Jensen, M. (2000). Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. (S. 167-193). Stuttgart, New York: Schattauer.

- Dulz, B., Schreyer, D. & Nadolny, A. (2000). Stationäre Psychotherapie: von haltender Funktion, technischer Neutralität und persönlicher Sympathie. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. (S. 483-504). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Dulz, B. & Schneider, A. (1995). *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. Mit einem Geleitwort von Otto F. Kernberg*. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Eckert, J., Dulz, B. & Makowski, C. (2000). Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 45, 271-285.
- Ettrich, K. U. (2004). *Bindungsentwicklung und Bindungsstörung*. Stuttgart: Thieme.
- Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen*. (6. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004a). Die desorganisierte Bindung als Entwicklungsgrundlage der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In P. Fonagy, G. Gergely, E. L. Jurist & M. Target (2004a). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G. & Bateman, A. (2004b). Entwicklungspsychologische Wurzeln der Borderline-Persönlichkeitsstörung – Reflective Functioning und Bindung. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*, 8, 217-229.

- Gergely, G., Fonagy, P. & Target, M. (2003). Bindung, Mentalisierung und die Ätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In P. Fonagy & M. Target (2003). *Frühe Bindung und psychische Entwicklung - Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung*. (S. 219-231). Bibliothek der Psychoanalyse. Psychosozial-Verlag.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. E. (2001). Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation über den Lebenslauf. In G. Röper, C. von Hagen & G. Noam (Hrsg.). *Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie*. (S. 146-147) Stuttgart: Kohlhammer. .
- Herbert, M. (1999). *Bindung. Ursprung der Zuneigung zwischen Eltern und Kindern*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hofman, R. (2002). *Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ein Praxisbuch für Therapie, Betreuung und Beratung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O. F. (2000). Persönlichkeitsentwicklung und Trauma - theoretische und therapeutische Anmerkungen. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. (S. 525-537). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S. & Bardenstein, K. K. (2001). *Persönlichkeitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Koenigsberg, H. W. & Siever, L. J. (2000). Die Neurobiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. (S. 207-216). Stuttgart, New York: Schattauer.

- Liotti, G. (2001). Der desorganisierte Bindungsstil als Risikofaktor bei der Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In G. Röper, C. von Hagen & G. Noam (Hrsg.). *Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie*. (S. 265-285). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lohmer, M. (2000). Abwehrmechanismen und Objektbeziehungsgestaltung bei Borderline-Patienten – eine psychoanalytische Perspektive. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. (S. 75-86). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Markner, J. (2004). *Jugendliche mit Borderline-Problematik in therapeutischen Jugendwohngruppen: inwiefern beantworten bestehende Konzepte die individuellen Problemlagen, Erwartungen und Bedürfnisse Betroffener?*. (S. 19). Alice-Salomon-Fachhochschule, Berlin.
- Osofsky, J. D. (2000). Aspekte der frühen Entwicklung als Verständnisgrundlage der Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. (S. 741-754). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Paris, J. (2000a). Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. (S. 159-166). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Paris, J. (2000b). Soziale Faktoren der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine historisch-kulturelle Betrachtung. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. (S. 811-818). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Rohde-Dachser, C. (2000). *Das Borderline-Syndrom*. (6. korrigierte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

- Ruiz-Sancho, A. & Gunderson, J. G. (2000). Familien von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen: ein Literaturüberblick. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. (S. 771-792). Stuttgart, New York: Schattauer.
- Torgersen, S. (2000). Genetische Aspekte bei Borderline-Störungen. In O. F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. (S. 217-224). Stuttgart, New York: Schattauer.