

2. Borderline als Persönlichkeitsstörung

In diesem Kapitel soll einführend das aktuell dominierende Verständnis von Borderline als einer Persönlichkeitsstörung dargelegt werden. Dabei werden die prägenden Diskurse mit ihren jeweiligen Schwerpunkten, die sie beigetragen haben, skizziert: aus Perspektive der Psychoanalyse und der Objektbeziehungstheorie, der Bindungstheorie, des dialektisch-behavioralen Ansatzes sowie der Neuropsychiologie. Mit der Reihenfolge soll nicht suggeriert werden, dass die ersten Beiträge in irgendeiner Weise wichtiger seien oder dass die letztgenannten die vorherigen abgelöst hätten. Dass sich die Beiträge komplementär zueinander verhalten und gemeinsam zum aktuellen Verständnis der Borderline-Diagnose beitragen, wird in der abschließenden Synopse deutlich werden. Den referierten Beiträgen werden zwei grundsätzliche Kapitel vorangestellt: Zum einen erfolgt eine erste Orientierung anhand epidemiologischer Daten und der Diagnosekriterien. Zum zweiten werden empirische Erkenntnisse zur Traumatisierung von Menschen mit Borderline-Diagnose herausgearbeitet, da diese einen Aspekt darstellt, der theorieübergreifend eine große Relevanz besitzt.

Die Darlegung des aktuellen Verständnisses von Borderline als einer Persönlichkeitsstörung ist kein bloßer Selbstzweck, sondern wird mit dem Ziel verfolgt, einen Forschungsbedarf aufzuzeigen und davon ausgehend konkrete Fragestellungen für die vorliegende Untersuchung zu formulieren.

2.1 Epidemiologie und Diagnostik

Die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegt in etwa bei 1 Prozent: In Tabelle 1 sind exemplarisch vier Studien in Vergleich zueinander gesetzt, die zwar jeweils mit standardisierten Interviewverfahren aber auch mit unterschiedlichen Stichprobengrößen arbeiten und für verschiedene Regionen repräsentativ sind: Die Prävalenzraten divergieren unter diesen Bedingungen zwischen 0,7 Prozent für Großbritannien und die Stadt Oslo bis hin zu 1,4 Prozent in den USA.

Für Deutschland liegt eine repräsentative Studie vor, welche die Prävalenz in der Stadt Mainz mit 1,1 Prozent beziffert.

	Lenzenweger, 2008	Coid et al., 2006	Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001	Maier, Lichtermann, Klingler, Heun & Hallmayer, 1992
Region	USA	Großbritannien	Oslo, Norwegen	Mainz, Deutschland
Stichprobengröße	> 5000	626	2053	452
Diagnostik	DSM-IV	DSM-IV	DSM-III-R	DSM-III-R
Instrument	IPDE	SCID-II	SIDP	SCID-II
Prävalenz	1,4 %	0,7 %	0,7 %	1,1 %

Tabelle 1: Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Lebenszeitprävalenz² liegt repräsentativ für die USA bei 5,9 Prozent (Grant et al., 2008). Erste Symptome manifestieren sich bereits in der frühen Adoleszenz und steigern sich bis zur dritten Lebensdekade (Winograd, Cohen & Chen, 2008, S. 936). Entgegen bestehender Lehrmeinung resümieren Lenzenweger und Depue (2009, S. 96, 97) in einer Übersicht von vier Langzeitstudien, dass sich die Symptomatik auch zurückbilden könne, am stärksten bereits innerhalb der ersten sechs Monate. Obwohl in klinischen Kontexten der Anteil von Frauen deutlich überwiegt, finden sich bei Erhebungen in der Allgemeinbevölkerung keine Geschlechterunterschiede (Lenzenweger, Lane, Loranger & Kessler, 2007, S. 561). Doch was umfasst diese Symptomatik und warum wurde dafür der Begriff „Borderline“ gewählt?

Die Geschichte des Begriffs „Borderline“ beginnt mit Hughes‘ Aufsatz aus dem Jahre 1884, in dem er mit „Borderland“ ein Feld von Ängsten und Wahrnehmungen beschreibt, die nicht so verzerrt oder unrealistisch erscheinen, dass sie in herkömmliche Störungsbilder eingeordnet werden könnten, aber dennoch das Denken einseitig dominieren, so dass nicht mehr von einem gesunden Zustand gesprochen werden könne (Hughes, 1884, S. 90–91). Adolph Stern (1938) prägte

² Die Lebenszeitprävalenz erfasst nicht nur die zum Erhebungszeitpunkt Erkrankten, sondern beziffert das Auftreten der Diagnose in der gesamten bis zum Erhebungszeitpunkt verstrichenen Lebenszeit und damit auch Menschen, bei denen in der Vergangenheit zwar eine Diagnose gestellt wurde, die inzwischen aber als geheilt gelten.

den „Border Line“-Begriff in Abarbeitung an Freuds Unterscheidung von Neurosen und Psychosen, indem er annahmte, dass diese bei einem Teil seiner Patientinnen und Patienten nicht eindeutig vorgenommen werden könne.

Als Diagnose wurden mit Borderline etikettierte Phänomene dann erstmals 1980 mit dem DSM³-III-Diagnosesystem der American Psychiatric Association eingeführt. Schon zu Beginn zeichnet sich eine bis heute anhaltende Kontroverse ab: ob Borderline als Störung der Identitätsbildung zu verstehen sei oder nicht. Mehrheitlich gehen die ersten diagnostischen Kriterien auf Gunderson zurück, der auf Grundlage einer Übersichtsarbeit zu bisherigen Studien (Gunderson & Singer, 1975) aber auch infolge eigener empirischer Vergleiche zwischen Psychose-, Neurose- und Borderline-Patientinnen und -Patienten (Gunderson & Kolb, 1978) sieben Dimensionen herausarbeitete, die im Wesentlichen den Kriterien 1 und 2 sowie 4 bis 8 entsprechen, wie sie weiterhin in überarbeiteter Form im DSM-IV zu finden sind:

1. „verzweifelter 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 infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (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, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).

³ Diagnostic and statistical manual of mental disorders.

9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.“

(American Psychiatric Association, 2003, S. 777)

Diesen sieben Dimensionen wurde das dritte der insgesamt zunächst acht Kriterien hinzugefügt: Es geht auf die einflussreichen Arbeiten Kernbergs (1967, S. 677) zurück, der Borderline in erster Linie als eine Persönlichkeitsorganisation konzipiert, die sich deutlich von weniger ernsten pathologischen Charakterzügen oder Neurosen durch eine gescheiterte Synthese von Introjektionen und eine instabile Ich-Identität unterscheidet (siehe Kapitel 2.3). Diese acht Kriterien, wie sie ursprünglich schon im DSM-III enthalten waren, wurden im DSM-IV um dissoziative Symptome als neuntes Kriterium ergänzt⁴.

Die Kontroverse, ob im Anschluss an Kernberg Borderline tatsächlich am ehesten als Persönlichkeitsstörung mit dem zentralen Merkmal einer diffusen Identität zu verstehen sei, gewann insbesondere im Vorfeld des Erscheinens der fünften Auflage der amerikanischen Diagnosekriterien an Dynamik. Tyrer (2009, S. 90, 92) bestreitet gänzlich, dass es sich überhaupt um eine Persönlichkeitsstörung handle, u.a. weil Menschen mit Borderline-Diagnose aus der sog. Big 5-Struktur normaler Persönlichkeiten fallen würden. Die Diagnosekriterien umfassten ohnehin mehr Symptome als Persönlichkeitsmerkmale („traits“) (Tyrer, 2009, S. 87) und weisen eher auf eine affektive Störung als auf eine Persönlichkeitsstörung hin (Tyrer, 2009, S. 92).

Auch wenn andere Kritiker/innen nicht so weit gehen, Borderline als Persönlichkeitsstörung generell in Frage zu stellen, erhielt Gunderson breite Unterstützung für einen Gegenvorschlag zu einem vorläufigen Entwurf der DSM-V-Arbeitsgruppe, in dem er u.a. ein Prototypenmodell kritisiert, welches sich aus der stärkeren Gewichtung der Identitätsdiffusion als Eingangskriterium ergebe (Gunderson, 2010, S. 700). Anstelle einer Fokussierung dieses Merkmals, schlägt er ein Phänotypenmodell vor. Grundlage dafür sind Faktorenanalysen, welche die auf ihn zurückgehenden sieben Kriterien zu interpersonaler Übersensibilität (Kriterien 1, 2 und 7) und beeinträchtigter Kontrolle der Affekte (6 und 8) sowie des

⁴ Für Unterschiede zwischen DSM-III-R und DSM-IV im Detail siehe Gunderson (2005, S. 36).

Verhaltens (4 und 5) gruppieren (Gunderson, 2010, S. 698). Die von Kernberg sowie der DSM-V-Arbeitsgruppe betonte Identitätsstörung (3) und das erst später mit dem DSM-IV ergänzte Kriterium der Dissoziationen (9) werden gemeinsam als vierter Sektor ergänzt. Auf dieser Grundlage diagnostisch gleichwertiger Phänotypen könne der heterogenen Ausprägung von Borderline auf der Symptomebene besser Rechnung getragen werden als mittels eines Prototypenmodells. Gundersons Gegenvorschlag beinhaltet ebenso wie der Entwurf der DSM-V-Arbeitsgruppe eine dimensionale Skalierung, um die Ausprägung der Störung differenzierter einzuschätzen, anstatt lediglich zwischen der Abwesenheit und dem Vorliegen eines Kriteriums (unabhängig vom „Schweregrad“) zu unterscheiden (Gunderson, 2010, S. 697). Damit sollte dem Gedanken Rechnung getragen werden, dass Übergänge von einer „gesunden“ Persönlichkeit hin zu einer Persönlichkeitsstörung, bei der grundsätzlich „normale“ Persönlichkeitsmerkmale lediglich in extremer Ausprägung vorliegen, als fließend zu begreifen sind.

Trotz der unter Professionellen wie auch Betroffenen breiten Akzeptanz einer dimensional Beurteilung der Persönlichkeitsstörungen hat weder Gundersons Vorschlag Berücksichtigung gefunden, noch wurde der Neuentwurf der DSM-V-Arbeitsgruppe angenommen. Stattdessen wurde letzterer zugunsten der bisherigen Diagnosekriterien durch das Kuratorium der American Psychiatric Association (2013, S. 761) abgelehnt und stattdessen in eine dritte Sektion des Manuals als Alternative aufgenommen (siehe Anhang A). Es bleibt abzuwarten, ob und wie sich der Alternativentwurf, vor allem aber die damit verbundenen Kontroversen auf die Überarbeitung des ICD-10-Klassifikationssystems⁵ der Weltgesundheitsorganisation WHO auswirken werden. Hier wurde die Borderline-Diagnose erst 1992 aufgenommen. Dabei orientierte man sich im Wesentlichen an dem Entwurf des DSM-III-R, ordnete das Störungsbild aber als Subtypus der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung unter:

⁵ International classification of diseases and related health problems

„Einige Kennzeichen emotionaler Instabilität sind vorhanden, zusätzlich sind oft das eigene Selbstbild, Ziele und ‚innere Präferenzen‘ (einschließlich der sexuellen) unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen kann zu wiederholten emotionalen Krisen führen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigenden Handlungen (diese können auch ohne deutliche Auslöser vorkommen)“ (Weltgesundheitsorganisation, 2000, S. 230).

Die Kontroversen um Diagnosekriterien zeigen auf, wie unterschiedlich das Konstrukt Borderline gefasst wird: als Persönlichkeits- oder gar Identitätsstörung, als Affektstörung, als „soziale Erkrankung“ oder als Resultat einer genetisch disponierten Neuropsychiologie. Jede dieser Perspektiven schlägt sich nicht nur in unterschiedlichen Diagnosekriterien oder ihrer Gewichtung nieder, sondern ist Resultat klinischer und empirischer Beobachtungen zu Ätiologie und Genese, aber auch zum Erleben der Betroffenen sowie ihrer Interaktionen. Die aktuell einflussreicheren Ansätze werden im Folgenden in aller Kürze skizziert. Dies soll zum einen dem Zweck dienen, zu einem umfassenderen Verständnis von Phänomenen zu kommen, die mit „Borderline“ etikettiert werden, als es diagnostische Kriterien ermöglichen. Des Weiteren soll über eine Einbindung und Würdigung dieser Diskurse die Anschlussfähigkeit der vorliegenden Untersuchung und ihrer Resultate unterstützt werden. Und letztlich zeigen die theoretischen und empirischen Auseinandersetzungen die Relevanz sowohl von erfahrener Belastung als auch Unterstützung durch das soziale Umfeld, von Identität, Bindung und Beziehung, Affekten und Verhalten sowie von deren Kontrolle durch reflexive Leistungen der Betroffenen auf. Damit führt die folgende Auseinandersetzung mit dem aktuellen Kenntnisstand auch zur Konkretisierung der Fragestellung hin, welche dieser Untersuchung zugrunde liegt. Am Anfang stehen empirische Daten zu traumatischen Erfahrungen, auf die sich alle Diskurse zur Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine wesentliche Determinante beziehen.

2.2 Traumatisierung

Traumatischen Erfahrungen in der Kindheit wird eine zentrale Rolle bei der Ätiologie einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beigemessen. Insbesondere in den 1980er und 1990er Jahren arbeiteten unterschiedliche Studien die Bedeutung von

Vernachlässigung und Gewalt heraus, die als prototypisch für Familien von Menschen mit Borderline-Diagnose galten (Gunderson, 2005, S. 210–211).

1997 befragten Zanarini et al. in einer groß angelegten Studie mittels teilstandardisierter Interviews 467 Menschen, die sich aktuell mit diagnostizierter Persönlichkeitsstörung in stationärer Behandlung befanden, retrospektiv zu pathologischen Kindheitserfahrungen (siehe Tabelle 2).

Pathologische Kindheitserfahrungen			BPS-Patienten (N=358)		Patienten mit anderen PS (N=109)	
			N	%	N	%
Gewalterfahrung	durch Erziehungs- personen	emotional*	260	73	56	51
		verbal	273	76	68	62
		physisch*	211	59	37	34
		sexuell	98	27	17	16
	sexuelle Gewalt durch andere*		200	56	26	24
	sexuelle Gewalt insgesamt*		220	62	35	32
jeglicher Art insgesamt*			327	91	80	73
Vernachlässigung durch Erziehungspersonen	physische Vernachlässigung		94	26	14	13
	emotionale Zurückweisung*		196	55	35	32
	inkonsistente Behandlung*		187	52	34	31
	Zurückweisung geäußerter Gefühle*		252	70	49	45
	Mangel an Beziehung		250	70	61	56
	Parentifizierung*		211	59	43	39
	Mangel an Schutz*		199	56	36	33
	jeglicher Art insgesamt*		330	92	82	75

Quelle: Zanarini et al., 1997, S. 1102, bearbeitet durch HH. *Mit Stern (*) gekennzeichnete* Kategorien weisen signifikante Unterschiede von Patienten und Patientinnen mit Borderline- zu jenen mit einer anderen Persönlichkeitsstörung auf (Bonferroni-Methode: $p < 0,003$).

Tabelle 2: Pathologische Kindheitserfahrungen von Menschen mit Borderline-Diagnose und anderen Persönlichkeitsstörungen

Über 90 Prozent der Befragten mit Borderline-Diagnose berichten von Gewalterfahrungen oder Vernachlässigung durch die Erziehungsperson und unterscheiden sich darin selbst von der Vergleichsgruppe mit anderen Persönlichkeitsstörungen signifikant, die biographisch ebenfalls psychosozial stark belastet ist. Gewalt wurde am häufigsten emotional und verbal erfahren, signifikant häufiger als in der Vergleichsgruppe auch körperlich. Sexuelle Gewalt wurde doppelt so oft durch andere als durch die Erziehungspersonen erfahren. Von biographischen

Belastungsfaktoren, die weniger durch aktive Einwirkung als vielmehr durch Unterlassungen der Erziehungspersonen eintreten, wurden am häufigsten Beziehungsdefizite und das Zurückweisen geäußerter Gefühle benannt. Letzteres, dem Linehan eine zentrale ätiologische Bedeutung beimisst (siehe S. 37), ist bei Menschen mit Borderline-Diagnose signifikant häufiger als in der klinischen Vergleichsgruppe – ebenso wie emotionale Zurückweisung, wechselhaftes Erziehungsverhalten, ein Mangel an Schutz (gleiche Häufigkeit wie sexuelle Gewalterfahrung durch Dritte) und eine Rollenumkehr zwischen Eltern und Kind.

Unter Verwendung des gleichen Instruments führten Battle et al. (2004) eine Befragung von stationären und ambulanten Borderline-Patientinnen und -Patienten durch.⁶ Zusätzlich wurden auch andere Persönlichkeitsstörungen differenziert erhoben (insgesamt n=600). Ihr Vorliegen wurde nun ebenso wie die Variablen für Alter, Geschlecht und Bildungsniveau bei einer logistischen Regressionsanalyse kontrolliert, um die Vorhersagekraft einer Borderline-Diagnose für das Vorliegen traumatischer Kindheitserfahrungen möglichst unabhängig zu beurteilen.

Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass bei Erwachsenen mit Borderline-Diagnose das Vorliegen jeder Form von traumatischer Erfahrung in der Kindheit wahrscheinlicher ist. Dieser Effekt ist auch stärker als bei allen anderen untersuchten Persönlichkeitsstörungen oder der Kontrollgruppe mit schwerer Depression (Battle et al., 2004, S. 204). Signifikant häufiger wurden Betroffene Opfer von der Ausübung emotionaler, verbaler oder sexueller Gewalt durch die Erziehungspersonen. Hoch signifikant ist die höhere Wahrscheinlichkeit von sexuellem Missbrauch durch Dritte und die physische, emotionale oder protektive Vernachlässigung durch die Erziehungsperson.

⁶ Anders als bei Zanarini et al. (1997) sind die unterschiedlichen Kategorien von Persönlichkeitsstörungen in der deskriptiven Ergebnisdarstellung nicht exklusiv. Ein Vergleich von Menschen mit Borderline-Diagnose (und möglicher weiterer diagnostizierter Persönlichkeitsstörung) mit einer Kontrollgruppe schwer Depressiver (Major Depression) ohne Persönlichkeitsstörung findet sich in Anhang B. In dieser Stichprobe sind Menschen mit Borderline-Diagnose relativ seltener von Formen des Missbrauchs betroffen als in der Untersuchung von Zanarini et al. (1997); Erfahrungen von Vernachlässigung sind in etwa gleich. Die Unterschiede lassen sich wahrscheinlich auf die unterschiedlichen Zusammenstellung der Stichproben zurückführen: Während in der Studie von 1997 nur stationäre Patientinnen und Patienten befragt wurden, sind 2004 Daten zu stationären *und* (möglicherweise weniger schwer belasteten) ambulanten Patientinnen und Patienten eingegangen.

Pathologische Kindheitserfahrungen			B	s	OR
Gewalterfahrung	durch Erziehungs- personen	emotional	0,64*	0,22	1,90
		verbal	0,57*	0,22	1,77
		physisch	0,48	0,22	1,62
		sexuell	1,13*	0,36	3,08
		sexuelle Gewalt durch andere		0,96**	0,24
Vernachlässigung durch Erziehungspersonen	physische Vernachlässigung		1,29**	0,27	3,65
	emotionale Zurückweisung		0,92**	0,22	2,52
	inkonsistente Behandlung		0,53	0,21	1,70
	Zurückweisung geäußerter Gefühle		0,83**	0,23	2,28
	Mangel an Beziehung		0,46	0,22	1,58
	Parentifizierung		0,35	0,22	1,42
Mangel an Schutz		0,90**	0,23	2,47	

Quelle: Battle et al., 2004, S. 200–203, bearbeitet durch HH. B: Regressionskoeffizient; s: Standardabweichung; OR: Odds Ratio. Mit Stern (*) gekennzeichnete Regressionskoeffizienten sind auf einem Niveau von 0,01 signifikant, jene mit zwei Sternen (**) auf einem Niveau von 0,001.

Tabelle 3: Vorhersagekraft einer Borderline-Diagnose für traumatische Kindheitserfahrungen

Unberücksichtigt blieben bisher Interaktionen zwischen unterschiedlichen Formen traumatischer Erfahrungen. Obwohl durch Zanarini et al. (1997) abhängig vom Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikante Unterschiede der Erfahrung von physischer Gewalt in der Kindheit nachgewiesen werden konnten und durch Battle et al. (2004) eine hoch signifikante Vorhersagekraft der Diagnose für das Vorliegen von physischer Vernachlässigung, zeigen Lobbestael, Arntz und Bernstein (2010, S. 293–294), dass beides eher parallel zu anderen Gewaltformen auftritt – siehe Tabelle 4. Werden Effekte der Gewalterfahrungen unter Kontrolle der anderen Gewaltdimensionen berechnet, zeigt sich, dass Effekte sexueller und emotionaler Misshandlung aber auch emotionaler Vernachlässigung auf einem hochsignifikanten Niveau bestehen. Die Signifikanz von Korrelationen zwischen physischer Gewalt und Vernachlässigung jeweils mit dem Vorliegen einer Borderline-Diagnose kann durch Pfadanalysen, bei denen andere Gewaltdimensionen kontrolliert werden, allerdings nicht bestätigt werden.

Interaktionen mit anderen Dimensionen von Misshandlung	Sexual Abuse	Physical Abuse	Emotional Abuse	Emotional Neglect	Physical Neglect
unkontrolliert	0,40**	0,33**	0,42**	0,39**	0,16*
kontrolliert	0,25**	-	0,21**	0,13**	-

Quelle: Lobbstaël et al., 2010, S. 290, 291, bearbeitet durch HH. Mit Stern (*)

gekennzeichnete Korrelationskoeffizienten sind auf einem Niveau von 0,01 signifikant, jene mit zwei Sternen (**) auf einem Niveau von 0,001. $n > 80$.

Tabelle 4: Pearson-Korrelation von Borderline-Diagnose mit traumatischen Kindheitserfahrungen - mit und ohne Kontrolle von Interaktionen

Insgesamt verweisen diese Studien in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen auf die entscheidende Rolle, welche sowohl *konkreten* traumatischen Ereignissen sexueller Gewalt und emotionaler Misshandlung beizumessen ist, als auch *kontinuierlichen* emotionalen Belastungen. Diese bestehen in einem Vorenthalten emotionaler Zuwendung, der Zurückweisung geäußerter Gefühle und einem Mangel an Schutz durch die Erziehungspersonen, welcher wiederum traumatisierende Übergriffe durch Dritte begünstigt.

Ruiz-Sancho und Gunderson (2000, S. 780) ziehen auf Grundlage einer breit angelegten Literaturanalyse den Schluss, dass einzelne Traumatisierungen weniger von Bedeutung seien als *dauerhafte Verhaltensmuster der Eltern*, die wesentlich in Vernachlässigung bestehen – ein Aspekt der insbesondere in der Bindungstheorie Berücksichtigung findet. Hinsichtlich der unzweifelhaft traumatischen Erfahrung sexuellen Missbrauchs hebt Linehan (2008, S. 41) zudem die These hervor: Weniger der Akt akuter und massiver Gewalt als vielmehr „die Heimlichkeit des sexuellen Missbrauchs sei der Faktor, der am deutlichsten mit späterer BPS verknüpft sei“. Mit ihrem Konzept der invalidierenden Umgebung schließt sie an solche Überlegungen an und benennt familiäre Dynamiken, die es durch Verheimlichen, Verdrängen und Nicht-Ernstnehmen den Betroffenen unmöglich machen, über traumatische Erfahrungen zu sprechen, sich damit auseinanderzusetzen und sie zu verarbeiten. Dies habe eine tiefe Verunsicherung zur Folge, ob den eigenen Wahrnehmungen und Empfindungen Glauben geschenkt werden kann. Linehan fokussiert damit soziale wie auch emotionale Aspekte der Ätiologie, Genese und Phänomenologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Breit und kont-

rovers wurde die Rolle des sexuellen Missbrauchs insbesondere in psychodynamisch orientierten Ansätzen diskutiert, welche ausgehend von Freuds Verführungstheorie und seinen Thesen zum Ödipuskomplex Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung fokussieren und mit objektbeziehungstheoretischen Ansätzen verbinden, wie im Folgenden dargestellt wird.

2.3 Psychodynamische Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung

Sexuelle Traumatisierung ist nach Freuds Verführungstheorie von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung von Psychopathologien (Krutzenbichler, 2005, S. 172). Insbesondere die Hysterie führt er auf Erfahrungen sexuellen Missbrauchs während der Kindheit zurück, was im ausgehenden 19. Jahrhundert bzw. zu Beginn des 20. einen Tabubruch darstellte. Dulz (2009, S. 18) argumentiert, dass sich der „Hysterie-Begriff zu Zeiten Freuds einschließlich bei Freud selbst und die Borderline-Störungen heutiger Terminologie überschneiden“. Infolge dessen sei Freuds Verführungstheorie auch heute noch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu diskutieren – insbesondere, da Freud diese nie wirklich zurückgenommen habe. Als Konsequenz der heftigen Reaktionen auf seinen Tabubruch habe er zwar den Ödipuskomplex stärker gegenüber der Verführungstheorie gewichtet. Seinen weiteren Arbeiten sei letztere aber nach wie vor implizit gewesen; auch habe er beide Thesen keineswegs als unvereinbar erachtet (Dulz, 2009, S. 13). Dass fortan in der Psychoanalyse Freuds Überlegungen zum Ödipuskomplex dennoch stärker rezipiert wurden, sei insbesondere für die Opfer sexuellen Missbrauchs dramatisch:

„Prekär bleibt, dass Freud ausdrücklich das Diktum von Karl Abraham, dass ‚in einer großen Anzahl von Fällen das Erleiden des sexuellen Traumas vom Unbewußten des Kindes gewollt wird, daß wir darin eine Form infantiler Sexualbetätigung zu erblicken haben‘ (Abraham 1907, S. 166) als das ‚letzte Wort in der Frage der traumatischen Ätiologie‘ (Freud 1914, S. 56) adelte. Damit war das Opfer zur Täterin deklariert worden. Die weitere Geschichte der Psychoanalyse, auch die Entwicklung der Theorie zur Gegenübertragung und zur therapeutischen Haltung, wurde mitgeprägt durch traumatisierend verlaufende sexuelle Beziehungen zwischen Analytikern und ihren Analysandinnen“ (Venzlaff, Dulz & Sachsse, 2009, S. 11).

Balint (1949, S. 124) kritisierte nicht nur die Rückführung inzestuöser Traumata auf die Triebe der Betroffenen, sondern generell jedwede individualistische

Verkürzung der Triebtheorie als „One-Body Psychology“. In dieser Tradition entwickelte sich die Objektbeziehungstheorie, nach welcher Triebe auf ein reagierendes Gegenüber gerichtet sind; Objektbeziehungen beschreiben dabei eine Beziehung von innerer und äußerer Welt – insbesondere des sich entwickelnden Ichs zu seinen Bezugspersonen:

„Indem ich in den Analysen von Erwachsenen und Kindern die Entwicklung von Triebregungen, Phantasien und Ängsten bis zu ihrem Ursprung zurückverfolgte, d.h. zu den Gefühlen der mütterlichen Brust gegenüber – selbst wenn sie nicht brustgestillt waren –, fand ich, daß Objektbeziehungen fast bei der Geburt beginnen und mit den ersten Erfahrungen beim Genährtwerden entstehen; weiterhin kam ich zu der Ansicht, daß alle Erscheinungen des Seelenlebens mit Objektbeziehungen verbunden sind. Es ergab sich ferner, daß die Erfahrung der äußeren Welt des Kindes dauernd von der Welt, die es in sich entwickelt, beeinflusst wird, und umgekehrt, daß äußere Erfahrungen die innere Welt beeinflussen. Dabei ist zu bedenken, daß die Erfahrung seiner äußeren Welt sehr bald die ambivalente Beziehung zum Vater und zu anderen Familienmitgliedern einschließt und daß äußere und innere Situationen miteinander eng zusammenhängen, da Projektion und Introjektion von Anfang an miteinander verknüpft sind“ (Klein, 1972, S. 29).

Von entscheidendem Einfluss wird die Objektbeziehungstheorie für die psychodynamisch orientierte Perspektive auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung eingeschätzt. Kernberg stellt die Kleinsche Spaltung von „nur guten“ und „nur bösen“ Objekten – grundlegend repräsentiert durch die gute und die böse Brust (Klein, 1972, S. 39) – an den Anfang seiner Arbeiten zur Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Damit gibt Kernberg der Spaltung, einem zentralen Merkmal der Borderline-Diagnose, wie es seit der vierten Auflage des DSM im zweiten Kriterium als „Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung“ (American Psychiatric Association, 2003, S. 777) beschrieben wird, den Stellenwert eines normalen Durchgangsstadiums in der Entwicklung der Persönlichkeit – aller Menschen, pathologischer Züge ungeachtet. Er entwickelt eine Objektbeziehungstheorie, mit der er versucht, eine Brücke zu Freuds klassischer Psychoanalyse zu schlagen. Im Strukturmodell der Psyche situiert sich das Ich in einer Lust-Unlust-Relation (Gast, 2006, S. 142). Kernberg bezieht diese innerpsychische Dichotomie nun auf Beziehungen zu Objekten *außerhalb* des Subjekts: Als zentrale Affekte gegenüber Objekten benennt er zum einen Wut und Aggression, zum anderen die sexuelle Erregung des libidinösen Triebs (Kernberg & Levy, 2009, S. 289). Erfahrungen auf einem niedrigen bis mäßigen Affektniveau

werden als direkte Gedächtnisspuren abgespeichert und gegebenenfalls auch idealisiert; auf einem hohen Affektniveau sind Erfahrungen aber grundsätzlich so beängstigend, dass sie in ein „nur schlechtes“ Affektsystem abgespalten werden (Kernberg & Levy, 2009, S. 289). Getrennt voneinander bilden sie unterschiedliche Teilobjektbeziehungen. In einer zweiten Entwicklungsphase werden sowohl die „nur guten“ und „nur schlechten“ Selbstrepräsentanzen, als auch die gleichermaßen polaren Objektrepräsentanzen in kombinierte Repräsentanzen integriert (Kernberg & Levy, 2009, S. 288). Dass diese Integration im Falle der Borderline-Persönlichkeitsorganisation nicht gelingt, führt Kernberg auf die Dominanz von aggressiven Affekten zurück. Diese seien zum einen konstitutionell (also physiologisch und erblich) bedingt (Kernberg & Levy, 2009, S. 289; Kind, 2009, S. 26–27). Zum anderen behinderten extrem aggressiv besetzte Objektrepräsentanzen eine Integration (Kernberg & Levy, 2009, S. 293).

„Pain and painful affect evoke aggression toward those people who are perceived as the perpetrators. To preserve the relationship, the expression of aggressive impulses directed against other people who are more powerful, gratifying or dangerous, threatening, and in control must be modified in some way“ (Grossman, 1991, S. 39).

Aggressionen werden unmittelbar auf Schmerz zurückgeführt, wodurch Traumaerleben in diesem Modell einen zentralen Stellenwert erhält (Kernberg & Levy, 2009, S. 290). Wenn Aggressionen libidinöse Objektbeziehungen bedrohen, muss deren Affektniveau ebenfalls gesteigert werden, um einen Ausgleich zu schaffen und Beziehungen zu Objekten, auf welche das Kind notwendigerweise angewiesen ist, aufrechterhalten zu können. Das führt wiederum zur Erfahrung extremer und damit beängstigender affektiver Höhepunkte (auch im libidinösen Gefühlsspektrum), die in das affektive Bewusstsein abgespalten werden. Die Spaltung wird also durch diese wechselseitigen Dynamiken aufrechterhalten und sogar noch verstärkt. Die Internalisierung von Objektbeziehungen bildet aber die notwendige Vorbedingung für die Entwicklung eines kohärenten Ichs; demgegenüber gewinnen affektiv extrem besetzte Objektbeziehungen, welche im Es unterdrückt, dissoziiert oder projiziert werden, die Oberhand (Kernberg & Levy, 2009, S. 288). Daher konzeptualisiert Kernberg die Borderline-Symptomatik zuvorderst als Identitätsstörung.

In seinem Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation sieht er die Identitätsstörung als Gemeinsamkeit mit der Psychotischen Persönlichkeitsorganisation; sie unterscheide sich aber von dieser Form, die im klinischen Sinne keine Persönlichkeitsstörungen mehr umfasse, durch einen funktionierenden Realitätssinn und die entsprechende Unterscheidung von Selbst- und Objektrepräsentanz (Kernberg & Levy, 2009, S. 292). Die Neurotische Persönlichkeitsorganisation unterscheiden eine normale Ich-Identität, stabile Objektbeziehungen sowie Ich-Stärke (Kernberg & Levy, 2009, S. 293). In dieser Klassifikation wird die Stellung von Borderline als Grenzgebiet zwischen Psychose und Neurose, wie es psychoanalytischen Konzepten von Anfang an inhärent war (siehe S. 8), fortgeschrieben. Anzumerken ist dabei, dass nach Kernberg die Borderline-Persönlichkeitsorganisation nicht nur die Borderline-Persönlichkeitsstörung umfasst, sondern alle „schweren“ Persönlichkeitsstörungen, wie „Schizoide und Schizotypische, Paranoide, Hypomanische, Narzisstische (...) und Antisoziale Persönlichkeitsstörung sowie die Hypochondrie“ (Kernberg & Levy, 2009, S. 292).

Von psychoanalytischer Seite wird an Kernbergs Konzept kritisiert, dass er angeborene affektive Impulsivität und Temperamentsdispositionen einen zumindest gleichwertigen Stellenwert gegenüber Aspekten der psychosozialen Entwicklung einräume. Dadurch werde die Rolle der Mutter-Kind-Interaktion unzureichend gewürdigt (Masterson & Rinsley, 1975, S. 163). Ein Grund dafür kann unter anderem darin gesehen werden, dass Kernberg von Klein zwar die Spannungslehre von „nur guten“ und „nur schlechten“ Repräsentanzen aufgreift, ihre objektsuchende Konzeptualisierung des Selbst aber zugunsten Mahlers Überlegungen zu einem frühkindlichen Stadium der Symbiose, in dem undifferenziert Selbst- und Objektrepräsentanzen miteinander fusioniert wären, unberücksichtigt lässt (Kind, 2009, S. 25). Damit ist eine Reihe weiterer Kritikpunkte verbunden. Zum einen werden Symbiose und „autistische Phase“ des Kleinkindes durch die Säuglingsforschung stark in Frage gestellt:

„Letztlich kommt ein solches Konzept einem Glaubenssatz gleich, mit dem man sich entweder zum Alleinsein oder zur Einheit mit dem Anderen als Grundbefindlichkeit der menschlichen Existenz bekennt (Hamilton 1982). Das Konzept der Undifferenziertheit entscheidet zugunsten der Einheit und postuliert damit ein höchst elementares Gefühl der Gemeinschaft, Zugehörigkeit, Bindung und Sicherheit als gegebene Tatsache. Es ist kein aktiver Prozeß vonnöten, damit der Säugling dieses Grundgefühl erwirbt oder sich allmählich zu ihm hinentwickelt“ (Stern, 1992, S. 335).

Stattdessen sei eher von einem ursprünglichen Zustand der Trennung auszugehen, der durch das wechselseitige Bemühen des Kindes und seiner Bezugspersonen zu überwinden ist. Infolge könne auch nicht von der Spaltung als Fixierung einer primitiven Entwicklungsstufe der Persönlichkeit gesprochen werden; angemessener sei, sie als aktiv hervorgebrachten und koordinierten Komplex von Abwehrmechanismen zu begreifen (Kind, 2009, S. 33). Ferner erfahre der Mensch auch schon als Säugling nicht nur Lust und Unlust bzw. sexuelle Erregung und Aggression sondern eine Vielzahl von Affekten, die zu regulieren seien: „eine sozusagen pentatonische Affektonleiter und darüber hinaus eine Skala von Abstufungen, nicht nur die Eckwerte“ (Kind, 2009, S. 33). Während die Notwendigkeit der Regulation von Affekten in sozialen Kontexten insbesondere die theoretischen und therapeutischen Konzepte Linehans prägt, fokussieren die im Folgenden skizzierten Arbeiten die interaktive Herstellung von Bindung in der frühkindlichen Entwicklung.

2.4 Bindung zwischen Kindern und primären Bezugspersonen

Obwohl die Bindungstheorie vieles aus dem psychoanalytischen Gedankengut übernommen hat, wird hier ein Zugang zum Menschen und seiner psychischen Entwicklung versucht, der sich grundsätzlich von triebtheoretischen Ansätzen unterscheidet. Ursprünglich bezweckte Bowlby, die Psychoanalyse und insbesondere die Objektbeziehungstheorie empirisch überprüfbar zu machen. Dabei orientierte er sich an naturwissenschaftlicher Forschung, dem Darwinismus und der kognitiven Psychologie, die er in seinen Arbeiten allmählich mit der Psychoanalyse verband (Fonagy et al., 1995, S. 234). Entscheidend war für ihn die evolutionäre Notwendigkeit von Bindung. Sie unterscheide sich von der bloßen Abhängigkeit durch die Fokussierung auf eine *bestimmte* Person, deren Nähe gesucht

wird, und nicht auf die Funktion einer Person, bspw. Nahrung bereitzustellen, was auch durch andere Menschen möglicherweise genauso gut oder vielleicht sogar besser bewerkstelligt werden könnte (Bowlby, 2003, S. 25). Gegenüber dem Begriff der Objektbeziehung betont Bindung das notwendige und äußerlich sichtbare Verhalten.

„Ein affektives Band wird verstanden als Folge bestimmter vorprogrammierter Verhaltensmuster, die auf ein anderes Individuum konzentriert werden. Ihre Wirkung besteht darin, das erste Individuum nahe an das andere heranzubringen und es dort zu halten – deshalb der umfassende Begriff ‚Bindungsverhalten‘“ (Bowlby, 2003, S. 23).

Wenn Bindungen auch beendet werden können, wie z. B. eine Paarbeziehung während der Adoleszenz, betont Bowlby, dass sie grundsätzlich immer auf Dauer angelegt sind und insbesondere frühe Bindungen in der Regel bestehen bleiben (Bowlby, 2003, S. 23). Seine Mitarbeiterin Ainsworth (2003, S. 102) betont die Notwendigkeit der Verkettung „von Interaktionen, die dazu dienen, die gefühlsmäßige Beziehung zu festigen.“

Ainsworth (1978) arbeitete in den von ihr konzipierten „Strange Situation“-Experimenten drei unterschiedliche Typen des Bindungsverhaltens heraus, die Menschen schon im Kleinkindalter zum Ausdruck bringen. Der Versuchsaufbau unterscheidet acht Phasen: Zu Beginn werden Kinder zwischen zwölf und 18 Monaten von ihren Müttern in einen unbekannten Raum mit Spielsachen begleitet (1). Wenn das Kind nicht von alleine anfängt, zu spielen, wird es dazu von der Mutter animiert (2). Anschließend betritt eine fremde Frau den Raum; nach kurzer Interaktion mit der Mutter wird diese von ihr mit dem Kind allein gelassen (3). Sollte das Kind weinen, beschäftigt sich die fremde Frau mit dem Kind (4). Die Mutter kommt zurück und wird von der Fremden mit dem Kind alleingelassen (5). Darauf folgt eine Phase, in der die Mutter das Kind alleine zurücklässt (7). Nacheinander kehrt zunächst die fremde Frau (7), dann die Mutter wieder zurück (8) (Ainsworth, 1978, S. 67–78). Zusätzlich liegen Beobachtungen zum kindlichen Verhalten in der heimischen Umgebung vor, die bei der Interpretation des Verhaltens hinzugezogen werden (Ainsworth, 1978, S. 116).

Kinder des ersten von drei Typen (Cluster B), welchen Ainsworth als sicher gebunden („securely attached“) bezeichnet, nutzen die Mutter als Basis zur Erkundung der fremden Umgebung, der Spielsachen sowie der unbekannten Frau. Zwar weinen sie, wenn die Mutter den unbekannten Raum verlässt, reagieren aber nicht mit Zorn oder Verärgerung sondern Freude, wenn sie wiederkehrt. Das Weinen stellen sie augenblicklich ein und suchen nahen körperlichen Kontakt. In der vertrauten Umgebung zuhause zeigen sie sich gegenüber kurzen Trennungen von der Mutter tolerant (Ainsworth, 1978, S. 311–313).

Kinder des unsicher-ambivalenten Bindungstypus (C) zeigen im Vergleich dazu mehr Trennungsangst: Sie nutzen nicht die Mutter als Ausgangsbasis, um sich mit der fremden Situation vertraut zu machen, und bedürfen ihrer unmittelbaren Nähe, die sie suchen, sobald die fremde Frau hinzukommt. In Abwesenheit der Mutter zeigen sie deutlichen Stress. Wenn sie zurückkommt, bedürfen sie längerer Zeit, um beruhigt zu werden. Dabei protestieren sie zornig, wenn sich die Mutter (häufiger als bei bindungssicheren Kindern) unfähig zeigt, ihren signalisierten Bedürfnissen nach körperlicher Nähe zu entsprechen (Ainsworth, 1978, S. 314–315).

Kinder mit unsicher-vermeidendem Bindungsverhalten (Cluster A) zeichnen sich durch das Paradoxon aus, dass sie zwar zuhause relativ häufig mit sichtbarem Stress reagieren, gerade aber in der unbekannten Situation nur wenig oder gar nicht weinen. Auch suchen sie keinen Kontakt zur Mutter bei ihrer Rückkehr (Ainsworth, 1978, S. 316). Ainsworth nimmt an, dass dies darauf zurückzuführen sei, dass die Mütter nicht nur unbeholfen sind, den Bedürfnissen der Kinder korrekt zu entsprechen (wie in Cluster C, unsicher-ambivalente Bindung), sondern dass sie sie ausdrücklich zurückweisen – gerade in Situationen, in denen das Bindungsverhalten der Kinder mit hoher Intensität aktiviert wird (Ainsworth, 1978, S. 316): Je größer die Angst von Kindern ist, desto expressiver signalisieren sie normalerweise gegenüber der Bindungsperson ihr Bedürfnis nach Schutz und Geborgenheit. Aversive Mütter fühlen sich gerade mit zunehmender Intensität des Bindungsverhaltens mehr und mehr überfordert und reagieren mit Abneigung. Betroffene Kinder dieses Typus würden daher schon früh lernen, große Unsicherheit in der fremden Situation zu verbergen, während eine mäßigere Aktivierung

des Bindungsverhaltens in vertrauter Umgebung gezeigt werden kann (Ainsworth, 1978, S. 319–320). Die These, dass diese Kinder auch und gerade viel Stress empfinden, obwohl sie das nicht zu erkennen geben, unterstützten bereits frühe Untersuchungen der Herzfrequenz (Sroufe & Waters, 1977). Vermeidendes Verhalten trotz großer Angst erscheint daher als Bewältigungshandeln im Umgang mit rigiden und zwanghaften Bezugspersonen, die verärgert reagieren, wenn ihre Handlungen durch das Signalisieren dringlicher Bedürfnisse des Kindes unterbrochen werden (Ainsworth, 1978, S. 317).

Main und Solomon (1990) merkten später an, dass in den Stichproben von Ainsworth aber auch in Folgestudien Dyaden und Familien mit mittlerem sozioökonomischen Status überwogen. Dabei seien Kinder unterrepräsentiert gewesen, deren Bindungsverhalten nicht in die drei Cluster hätte eingeordnet werden können, auf die Main und Solomon selbst aber wiederholt gestoßen waren. Aufgrund der geringen Fallzahl, so nehmen die Autorinnen an, seien solche Fälle bisher in die 3er-Clusterstruktur „gezwungen worden“ (Main & Solomon, 1990, S. 122). Von einer Stichprobengröße von 55 Kindern mit ihren Erziehungspersonen und einer ausgeglichenen Zusammenstellung des Samples erhofften sie sich, dass bisher nicht einordbares Bindungsverhalten in neue, trennscharfe Kategorien unterschieden werden könne, was sich aber nicht bestätigte. Vielmehr blieb die Ungeordnetheit und Unberechenbarkeit im Bindungsverhalten mancher Kinder als einziges verbindendes Merkmal bestehen, das die Autorinnen wie folgt beschreiben:

“disordering of expected temporal sequences; simultaneous display of contradictory behavior patterns; incomplete or undirected movements and expressions, including stereotypies; direct indices of confusion and apprehension; and behavioral stilling“ (Main & Solomon, 1990, S. 122).

Dieser vierte Typus wird daher als desorganisiert (disorganized/ disoriented) bezeichnet. Für die vorliegende Untersuchung ist relevant, dass dieses inkonsistente und widersprüchliche Bindungsverhalten von Kindern mit der späteren Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in Zusammenhang gebracht wird (Hesse & Main, 2000, S. 1103).

Ainsworth hatte bereits angedeutet, dass das kindliche Bindungsverhalten mit dem Bindungsstil der erwachsenen Bezugsperson in Verbindung stehen könnte.

Um das zu überprüfen, arbeitete Main mit Mitarbeiterinnen auf Grundlage des Adult Attachment Interviews (AAI) zunächst drei Bindungsstile heraus:

- sicher-autonom: Die Erwachsenen sind in der Lage, sowohl positive als auch negative eigene Bindungserfahrungen in ein kohärentes Gesamtbild zu integrieren. Sie messen ihren Bindungserfahrungen einen hohen Wert bei.
- bindungsdistanziert: Die Erwachsenen vermeiden Bindungsthemen, spielen deren Bedeutung herunter und bestehen auf Normalität. Ihre Angaben sind unvollständig, inkohärent und von Erinnerungslücken geprägt.
- bindungsverstrickt: Vergangene Bindungserfahrungen sind auch in der Gegenwart sehr präsent und mit starken wütenden oder ängstlichen Affekten belegt. Die Betroffenen besitzen kaum Distanz zu ihren Erfahrungen und sprechen verärgert und in überzeichnender Weise von Bezugspersonen.

(Buchheim et al., 2002, S. 32)

Die von Main und Hesse (1990, S. 167) angenommene Zuordnung dieser Bindungsstile zu den ersten drei Kategorien kindlichen Bindungsverhaltens konnte empirisch bestätigt werden. In einer Metaanalyse von 18 Studien, die insgesamt 854 Fälle von Kindern mit jeweils einer Erziehungsperson umfassen, zeigt van Ijzendoorn (1995), dass elterliches und kindliches Bindungsverhalten in einem deutlichen Zusammenhang miteinander stehen: Kinder von Eltern, die von eigenen Bindungserfahrungen autonom sind und einen souveränen Umgang mit bindungsrelevanten Gefühlen zeigen, entwickeln mehrheitlich selbst ein sicheres Bindungsverhalten (Pearson-Korrelation: 0,47; Cohens d: 1,06), Kinder von Eltern, die sich von Bindungserfahrungen distanzieren, ein vermeidendes (0,45; 1,02) und Kinder von präokkupierten Eltern, die in eigene Gefühle verstrickt sind, ein ambivalentes Bindungsmuster diesen gegenüber (0,42; 0,93) (van Ijzendoorn, 1995, S. 392).

Main und Hesse (1990, S. 166) untersuchten ferner eine Teilstichprobe, bei welcher der Anteil von Kindern mit desorganisiertem Bindungsverhalten mit 32 Prozent (absolut: 17 von 53) deutlicher höher war als in einer repräsentativen Zufallsstichprobe. Auf dieser Grundlage konnten sie gezielt den Bindungsstil von Bezugspersonen der betroffenen Kinder herausarbeiten. Es zeigte sich, dass auch

die Eltern der Kinder mit desorganisiertem Bindungsverhalten, keinem der drei bisherigen Typen zugeordnet werden konnten. Als neuer Typus sind sie stark durch unbewältigte Trauer charakterisiert. Elf von zwölf Müttern, die schon früh (vor Abschluss der Highschool) eine nahe Bindungsperson verloren und diesen Verlust noch nicht bewältigt hatten, haben Kinder mit einem desorganisierten Bindungsverhalten (Main & Hesse, 1990, S. 170). Umgekehrt haben aber auch 40 Prozent der desorganisierten Kinder eine Mutter, welche nicht dem vierten Typus „unbewältigtes Trauma“ zugeordnet wird. Das deutet bereits an, dass auch andere Bindungsstile oder Kontextbedingungen ein desorganisiertes Bindungsverhalten bedingen können. Das lässt sich auch auf Grundlage einer weiteren Metaanalyse von neun Studien ($n=548$) folgern, welche van Ijzendoorn ergänzend zu der Untersuchung von 18 Dreiwegkategorisierungen durchgeführt hat; dabei setzt er nun jeweils vier Bindungsstile und -verhaltenstypen in Beziehung zueinander und berücksichtigt damit auch die Kategorien, welche mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung in Zusammenhang gebracht werden – siehe Abbildung 1.

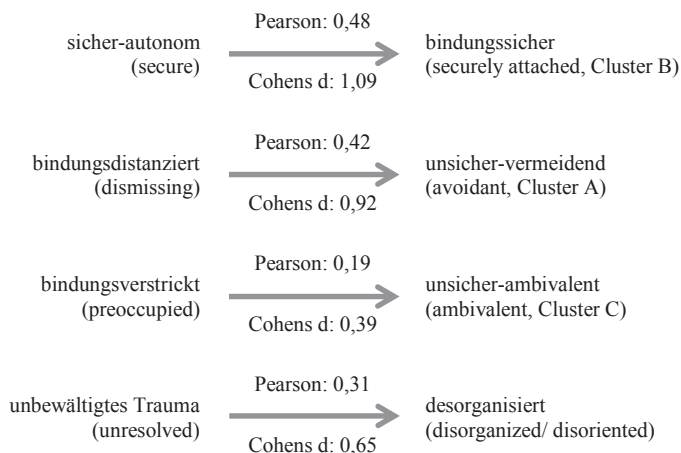


Abbildung 1: Zusammenhänge zwischen elterlichem Bindungsstil und kindlichem Bindungsverhalten
(Quelle: van Ijzendoorn, 1995, S. 394, bearbeitet durch HH.)

Borderline-Interaktionen

Komplexe Verflechtungen der Agency in Netzwerken
sozialer Unterstützung

Löwenstein, H.

2015, XXIII, 347 S. 21 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-08817-0