

GIBT ES EINE ODER MEHRERE BORDERLINE-STÖRUNGEN? DIE TRAUMATISCHE ERFAHRUNG ALS ORGANISATOR DES BORDERLINE-SPEKTRUMS

IS THERE ONE OR A NUMBER OF BORDERLINE DISORDERS? THE TRAUMATIC EXPERIENCE AS ORGANIZER OF THE BORDERLINE SPECTRUM

Jochen Peichl

Zusammenfassung

Aus ätiologischer Sicht ist die Phänomenologie des Borderline-Syndroms das Endergebnis eines Anpassungsprozesses des Gehirns infolge der Einwirkung unterschiedlich strukturierter Traumata aus verschiedenen Lebensabschnitten in der Biografie eines Menschen. Je nach Einwirkungszeitpunkt und Schwere der Traumata lassen sich unterscheidbare Psychopathologien beschreiben: eine primäre Borderline-Störung in der Frühphase der Kindheit bis zum Abschluss der Wiederannäherungsphase, wie sie von Kernberg als eine Form der Persönlichkeitsstörung beschrieben wurde (kumulative Mikrotraumatisierung), ergänzt und akzentuiert durch schwere psychische, physische und sexuelle Traumatisierungen in der späteren Kindheit (Makrotraumatisierung). Die Einwirkung von Traumata in der Pubertät und Adoleszenz wie auch im späteren Erwachsenenleben kann die Ausbildung einer sekundären Persönlichkeitsstörung vor dem Hintergrund einer bis dato latenten psychischen Vulnerabilität erklären, was diagnostisch einer Posttraumatischen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ entspricht. Somit haben wir es also mit einem Borderline-Spektrum zu tun, wobei die Art und der Zeitpunkt der Traumatisierung als Organisator der Störung in Erscheinung treten.

Schlüsselwörter Borderline-Störung – Ätiopathologie – Mikrotraumatisierung - Makrotraumatisierung

Summary

From an etiological view, the phenomenology of the borderline syndrome is the final result of an adjustment process of the brain, as a result of the impact of differently structured traumata from various periods of life in the biography of a person. According to the point in time of impact and the severity of the traumata, distinguishable psychopathologies can be described: a primary borderline disorder in the early phase of childhood until the conclusion of the rapprochement (reapproach) phase, as it has been described by Kernberg as a form of personality disorder (cumulative microtraumatization), complemented and emphasized through severe psychological, physical and sexual traumatizations in the later childhood (macrotraumatization). The impact of traumata in puberty and adolescence as much as in later adulthood can explain the development of a secondary personality disorder, on account of a so far latent psychic vulnerability, which corresponds diagnostically with a posttraumatic personality disorder of the borderline type. Therefore we are dealing with a borderline spectrum where the point of time and the kind of traumatization appear as organizer for the disorder.

Keywords borderline disorder – etiology – microtraumatization – macrotraumatization

Die heftigen Auseinandersetzungen der letzten 30 Jahre zwischen psychiatrischen und psychoanalytischen Auffassungen zum Borderline-Konzept wurden nach Einführung des DSM-III halbwegs gelöst. Die psychiatrische Perspektive, die in der Multisymptomatik der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) einen Übergangsbereich zur Schizophrenie sieht, wurde in diesem Klassifikationskonzept durch die Einführung der schizotypischen Persönlichkeitsstörung gewürdigt, das psychoanalytische Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung als Übergangsbereich zwischen Neurose und Psychose wurde in der Diagnose der Persönlichkeitsstörung vom

Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) oder Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-III berücksichtigt.¹ In der Beschreibung der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung von Impulstyp (F60.30) werden diejenigen (fast ausschließlich männlichen) – Personen zusammengefasst, die aufgrund mangelnder Impulskontrolle zu gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten neigen, was der noch heute verwendeten psychiatrischen Diagnose der aggressiven oder reizbar-explosiven Persönlichkeitsstörung im deutschen Sprachraum entspricht.² Wenn wir genau hinsehen, finden wir ein Borderline-Spektrum mit drei unterscheidbaren Krankheitseinheiten – auch

¹ Nach der wegweisenden Analyse von Spitzer und Endicott (1979) wurde der Begriff der Borderline-Schizophrenie bzw. der pseudoneurotischen Persönlichkeit durch zwei abgrenzbare Störungsbilder, die schizotypische- und die Borderline-Persönlichkeitsstörung, ersetzt.

² Damit versuchte die Arbeitsgruppe der ICD-10 die geschlechtsspezifische Komponente zu würdigen.

eine Folge der „doppelten Elternschaft von Psychiatrie und Psychoanalyse“ (Rohde-Dachser, 1986, S. 127) bei der Geburt der Diagnose BPS.

Dieser Konsens wird durch neuere Erkenntnisse aus der Traumaforschung mit der Behauptung in Frage gestellt, dass die Ätiologie der Borderline-Störung überwiegend auf physische und psychische, vor allem sexuelle Gewalterfahrung zurückgehe und das Krankheitsbild besser als eine komplexe, chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung aufgefasst werden sollte (Hermann, 1992; Sachsse, 1995) und damit als eine Achse-1-Störung. Auch die gegenwärtig geführte Diskussion um die dissoziative Identitätsstörung (vormals multiple Persönlichkeitsstörung) stellt das Borderline-Konzept erneut kritisch in Frage. Fiedler schreibt: „Nicht von ungefähr gehen deshalb einige Autoren in ihrer Forderung inzwischen so weit, die Borderline- als Persönlichkeitsstörungs-Diagnose ganz aufzugeben (vgl. van der Kolk, 1999). Sie sollte nicht mehr als Achse-2-Persönlichkeitsstörung betrachtet werden, sondern als symptomatische Achse-1-Störung (kurz: Borderline-Störung oder besser: chronifizierte Belastungsstörung). Man darf in der Tat sehr gespannt sein, wie der hier angedeutete Streit zukünftig ausgehen wird“ (2001, S. 223).

Wie auch immer – betrachtet man die vielen interessanten Ergebnisse aus den unterschiedlichsten Forschungsgebieten zur Ätiologie der BPS, so wird klar, dass es *den* Entstehungsfaktor nicht gibt, sondern biopsychosoziale Ätiologiemodelle (Paris, 1993) notwendig sind, um dem Phänomen Borderline-Störung gerecht zu werden. Das bislang schlüssigste multikausale Modell vertreten Zanarini und Frankenburg (1997); die Autoren präsentieren 6 Faktoren, denen nach jetziger Forschungslage ätiologische Bedeutung zukommt:

3 Umweltfaktoren (traumatisierende Kindheitserfahrungen)

- Trennung/Scheidung/Verlust eines Elternteils in der frühen Kindheit
- gestörte Beziehungen zu den Eltern (*kumulative Mikrotraumata*)
- Kindheitserfahrungen von Missbrauch und Misshandlung (*Makrotraumata*)

3 konstitutionelle Faktoren (angeborene und/oder erworbene Vulnerabilität)

- familiäre Neigung zu bestimmten psychiatrischen Störungen
- Temperamentbedingte Vulnerabilität
- Fehlregulationen der Neurotransmittersysteme und neurologische Dysregulationen

Diese Arbeit beschäftigt sich ausführlicher mit zwei Faktoren der Ätiologie der BPS, die Auswirkung von gestörten frühen Beziehungen in der Familie (Mikrotraumata) und die Bedeutung der Makrotraumata für die Organisation der Borderline-Entwicklung in der Kindheit³, in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter.

³ Kindheit und Jugend werden wie folgt definiert: frühe Kindheit von Geburt bis Ende des dritten Lebensjahres, Kindheit von 4 bis 12 Jahre und Jugend von 13 bis 18 Jahre.

⁴ Diese Abbildung ist eine sehr schematische Reduktion des komplexen Sachverhaltes und bedarf im Folgenden der Erläuterung.

Zur Ätiologie der Borderline-Störung: eine psychoanalytische Perspektive

Vom ätiologischen Standpunkt aus betrachtet, ist die Phänomenologie des Borderline-Syndroms das Endergebnis eines adaptiven Anpassungsprozesses des Gehirns infolge der Einwirkung zeitlich sehr unterschiedlich strukturierter Traumata (siehe Abb. 1)⁴.

Eine erste Form der Borderline-Störung beschreibt Kernberg in seinen Arbeiten als eine Reifungsstörung in der Frühphase der Säuglingsentwicklung (frühe Individuationsentwicklung bis zum 36. Lebensmonat nach M. Mahler), in einer Zeit, in der überwiegend Mikrotraumatisierungen im Sinne von kumulativ schädigenden Einwirkungen eine Rolle spielen – auf dem Boden vermuteter konstitutioneller Faktoren (gesteigerte orale Aggression). Folge der Fehlverarbeitung dieser frühen Schädigungen ist die Ausbildung einer komplexen seelischen Organisation, die wir in analytischer Terminologie als Borderline-Organisation (low level organization) bezeichnen. Jenseits der Pubertät kann diese Struktur dekompensieren, und aus der symptomfreien Borderline-Persönlichkeit wird das Borderline-Syndrom, die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Bei diesen Patient(inn)en findet sich in der Anamnese keine Erinnerung an ein massives Realtrauma, sie zeigen klinisch die typischen Symptome der BPS (siehe ICD-10, DSM-IV), meist ohne ein dissoziatives und selbst verletzendes Verhalten. Dieses frühe „Entwicklungs-drama“ wird ergänzt und/oder akzentuiert durch Beziehungstraumata, die der Vorstellung eines ungewöhnlichen, das normale Maß des zu Erwartenden übersteigenden Traumas entsprechen (z.B. physische und/oder sexuelle Gewalt, schwere Vernachlässigung) – eine durch Traumatisierung komplizierte frühe Entwicklungspathologie stellt die zweite Gruppe dar. Diese Patient(inn)en mit einer akzentuierten Traumagenese zeigten innerhalb ihrer Borderline-Symptomatik vermehrt dissoziative Symptome (Depersonalisation, Derealisation, dissoziative Zustände, Fugue, dissoziative Amnesien), und für sie trifft zu, was Fiedler schreibt: „In Studien zum Zusammenhang von frühkindlichem Trauma und einer Borderline-Entwicklung, in denen zugleich eine dissoziative Symptomatik mituntersucht wurde, findet sich nun interessanterweise fast durchgängig folgendes Ergebnis: Die bei Borderline-Patienten findbaren *dissoziativen Symptome* lassen sich zumeist eindeutiger aus der frühkindlichen Belastung voraussagen, als die Borderline-Persönlichkeitsstörung insgesamt. Die Traumaerfahrung bewirken fast ausschließlich dissoziative Symptome, nicht sehr eindeutig jedoch die anderen Borderline-Symptome [...]“ (Fiedler, 2001, S. 215). Dies bestärkt die Vermutung, dass das klinische Bild der Dissoziation als eine neurophysiologische Folge von Realtraumatisierung aufzufassen ist und vom psychoanalytischen Konzept der Spaltung (= Dissoziation nach Kernberg) als unbewusstem frühen Abwehrmechanismus unterschieden werden muss.

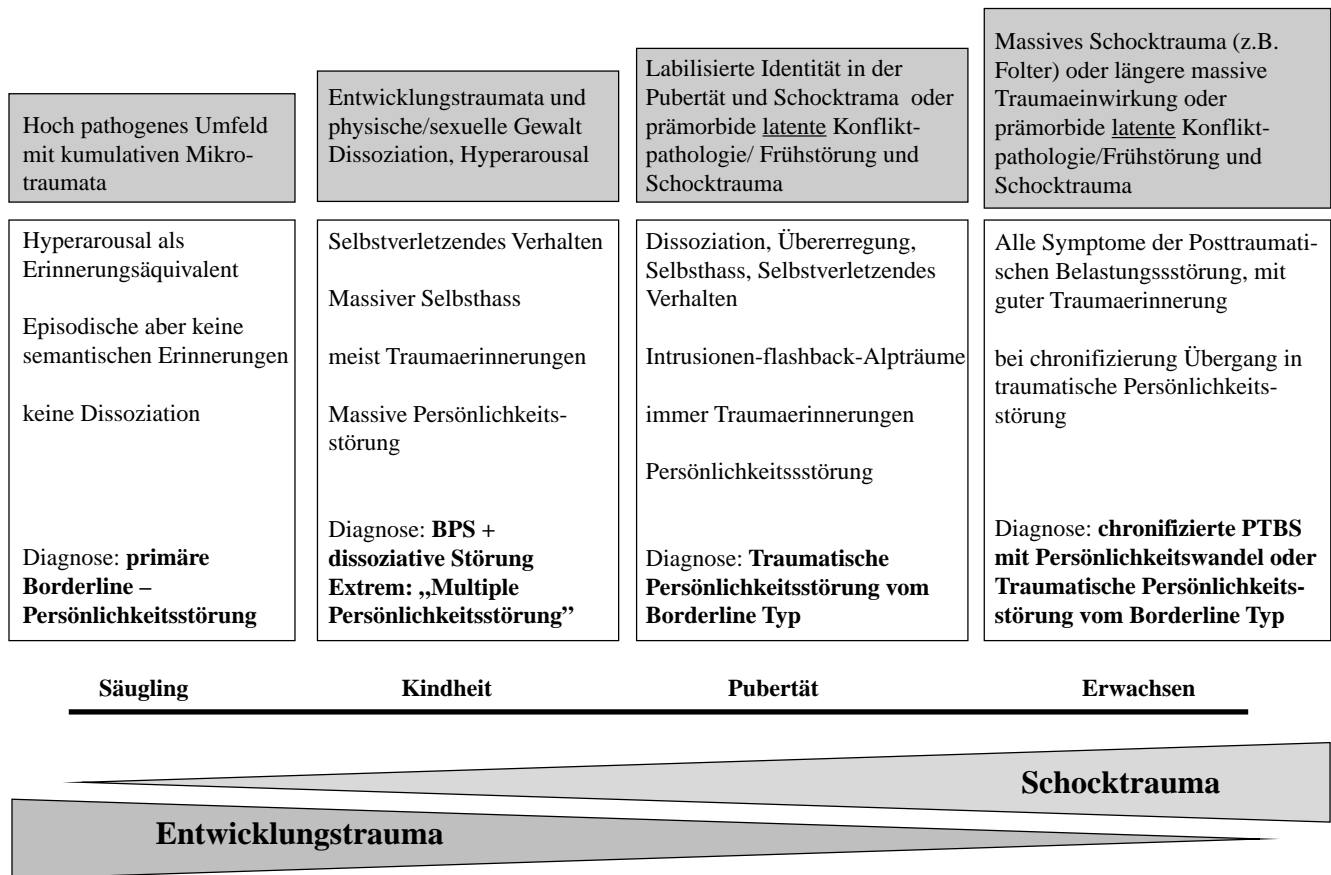


Abb. 1: Psychopathologie der Traumatisierung in unterschiedlichem Alter

Eine weitere Gruppe umfasst Patient(inn)en mit Symptomen der BPS, die in der vulnerablen Phase der Adoleszenz oder Pubertät traumatisiert wurden oder die als Erwachsene ein Trauma erlebten und aufgrund ihrer prämorbid Struktur Störungen ausbildeten, z.B. durch die Dekompensation einer latente Borderline-Struktur unter aktuellem traumatischem Stress.

Wenn wir nun davon ausgehen, dass für all diese Prädeliktionsstellen der Entstehung des Borderline-Syndroms die Traumatisierung ursächlich ist, so stellt sich die Frage, welche gemeinsamen Erfahrungen ein Mensch macht, der in verschiedenen vulnerablen Altersabschnitten Traumabelastungen ausgesetzt ist. Es könnte also sein, dass das Traumaerlebnis einen psychischen Verarbeitungsprozess in Gang setzt, der je nach Einwirkungszeit unterschiedlich ist, aber häufig in eine gemeinsame Endstrecke mündet, die Entwicklung einer primären Borderline-Persönlichkeit oder einer posttraumatischen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ.

Traumaverarbeitung in der Kindheit

Es ist zweifellos richtig, dass bei klinischen Stichproben ein größerer Prozentsatz von Patienten mit manifester Borderline-Persönlichkeitsstörung keine Erinnerungen an schwerwiegenden emotionalen, physischen und/oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit und Adoleszenz berichten. Die von Fiedler (2001, S. 216 ff.) daraus abgeleitete Behauptung, die theoretischen Überlegungen Kernbergs zur Ätiologie der BPS in

den ersten drei Lebensjahren seien haltlos und „eine statistisch unbedeutende Ausnahme“, scheint mir aber zu kurz gedacht. In dieser Frühzeit organisiert das Gedächtnis „das Erleben der eigenen inneren Erregung, der eigenen Affekt-tönung, der Wahrnehmung der Mutter, die propriozeptive Wahrnehmung der eigenen Bewegung und Ausdrucksweise“ (Köhler, 1990, S.44) in Episoden (episodisches Gedächtnis) und bildet erst später, das semantische, d.h. symbolisierte Gedächtnis. Traumaereignisse dieser Zeit sind als prozedurale Gedächtnisspuren im Körpergedächtnis verankert und zeigen sich als Hyperarousal, innere Erregungszustände und Affekt- und Impulsüberflutungen; Herpertz et al. sprechen von „affektiver Hyperreaktivität“ (1998).

Das „frühe Trauma“ besteht in einer Störung der Gegenseitigkeit, der Mutualität in der affektiven Abstimmung zwischen dem Säugling und seinen primären Bezugspersonen (affect attunement), dem Scheitern der „Ein-Stimmung“ im Spiel von Angesicht zu Angesicht, wie Milch (1998) betont. Es geht um einen lieblosen Umgang, um Mangel an emotionalem Containment und um andauernde Zustände hoher Spannung, aber in der Regel nicht um Erfahrungen massiver Realtraumatisierung, obwohl die Übergänge zur emotionalen Vernachlässigung und zu psychischem Missbrauch fließend sein können.

Diese kumulativen Störungen der frühen Mutter-Kind-Interaktion sind als Mangel an hilfreicher Bemutterung zu verstehen, mit der Folge des Misslingens einer Verinnerlichung sta-

biler Objektbeziehungen. Da diese Mütter oftmals sehr unberechenbar, unsensibel und wenig empathisch auf die Bedürfnisse des Kindes reagieren, kann der Säugling kein konsistentes Bild von sich und den „significant others“ entwickeln, welches das Kind in Zeiten von Stress zur inneren Beruhigung und Besänftigung verwenden könnte. Wie Trauma-sequenzen der Frühgenese pathogen wirksam werden und langfristig zur Borderline-Entwicklungsstörung führen, soll an zwei Befunden der Säuglingsforschung gezeigt werden. Neben diesen beziehungsbedingten Störungen der frühen Entwicklungszeit spielen konstitutionelle Vulnerabilitäten des Säuglings für die Entwicklung einer Borderline-Pathologie eine wichtige Rolle. Auf die Darstellung der neurobiologischen Aspekte der BPS muss hier verzichtet werden.

Die Borderline-Störung als Folge kumulativer Mikrotraumata in der Individuationsphase

Hypertension states

Lichtenberg führt die Tatsache, dass viele Borderline-Patienten ein Gefühl von Lebendigkeit nur durch Erfahrungen auf hohem Erregungsniveau erreichen können, darauf zurück, dass schon in ihrer frühen Kindheit diese Hochspannungssituationen in Interaktionen im Nahraum erzeugt und verinnerlicht wurden. In diesen Familien finden sich Kommunikationsstile, in denen nur Interaktionen auf intensivem und extremem Affektniveau Beachtung fanden und der Säugling nur so Response erzwingen konnte. „In diesen Familien wiederholen sich Zustände hoher Spannung mit solcher Häufigkeit, Dauer und Intensität, daß sie die integrativen Fähigkeiten des Kindes überwältigen und das Gefühl einer basalen schützenden Unterstützung untergraben“ (Lichtenberg, 1990, S. 880).

Es sind diese Spitzenaffekte, die sich ab einer bestimmten Intensität vom Säugling nicht mehr in eine einheitliche Erfahrung der Welt integrieren lassen und die später zu keinen einheitlich erlebten Selbst- und Objektrepräsentanzen führen. Diese Erfahrungen müssen abgespalten werden und leiten die Entwicklung einer Identitätsdiffusion ein, das heißt, eine Vielzahl der Spitzenaffekterfahrungen wird im Zustand der Übererregung anders, als es unter Bedingungen wacher Aufmerksamkeit und moderater Spannung der Fall ist, im Gedächtnis abgespeichert. Die für die BPS typische Identitätsdiffusion könnte man mit Lichtenberg auch als eine Vielzahl solcher Spitzenaffekterfahrungen erklären, die die Entwicklung einer einheitlichen Selbstrepräsentanz unmöglich machten. Weiter betont Lichtenberg, dass durch chronische Frustration die normalen Neugierintentionen, die motivationalen Selbstbehauptungsstreben und die Erfahrung des Säuglings als eines sich steuernden und handelnden Selbst (self-as-director) durch hochspannungsgeladene Zustände offener oder latenter Wut und Destruktivität ersetzt werden. Dieses bedrohliche und chaotische innere Erleben führt zur Entwicklung von Spaltungsabwehr, ein wesentlicher psychischer Mechanismus zur Spannungsregulation.

Affektregulation

Lichtenberg (1983) entwickelte Modellvorstellungen über die Frühzeit, die die Bindungssuche des Säuglings unter einem

höchst funktionalen und damit überlebenswichtigen Aspekt erscheinen lassen, und Mertens (1992) bezieht sich darauf, wenn er schreibt, „daß das kleine Kind positive oder negative oder ambivalente Bindungen sowohl an Personen, Teile von Personen, unbelebte Objekte als auch an eigene Körperteile oder –funktionen in Abhängigkeit daran entwickelt, wie effektiv und zuverlässig diese die Affekte des Kindes regulieren helfen. Wenn eine positive Bindung entstanden ist, wird diese(s) Person/Objekt bevorzugt für die Affektregulierung gebraucht. Eine negative Bindung (Aversion) entwickelt sich gegenüber solchen Personen oder Objekten, die beständig mit der Affektregulierung interferiert und/oder negative affektive Erfahrungen direkt bewirkt haben. Eine Bindung an andere Menschen entwickelt sich also nach Maßgabe ihrer Funktion als optimaler Affektregulierer“ (Mertens, 1992, S. 21).

Fonagy und Target (2002) verweisen auf die besondere Bedeutung der Affektspiegelung durch die Mutter und vor allem auf die zentrale Rolle der Ich-Funktion der Affektregulation für die frühe psychische Entwicklung des Selbstsystems. „Unsere Kernthese ist, dass die Pflegeperson dem Kind eine Art natürlichen Biofeedback-Sensibilitätstrainings zukommen lässt, wenn sie in einer markierten, übertriebenen Form auf das emotionelle Ausdrucksverhalten des Kindes reagiert. Das Baby hat eine ausgeprägte Fähigkeit, Kontingenzbeziehungen zwischen Reaktion und Reizereignis zu entdecken und zu analysieren. Im Effekt führt dies zu vier entscheidenden Entwicklungsschritten: (1) Beliebige emotionale Verfassungen organisieren sich zu bedeutungsvollen Gruppierungen von Affekten; (2) sekundäre Repräsentationen von affektiven Verfassungen entstehen und fungieren als Grundsteine der Affektkontrolle und zur Mentalisierung von Affekten; (3) negative Affekte werden reguliert usw.“ (S. 858). Scheitert diese Art Spiegelbeziehung zwischen Säugling und Bezugsperson im ersten Lebensjahr, so folgt im Umkehrschluss: Die erspürten Affekte bleiben diffus, undifferenziert, an viszerale vegetative Körpervorgänge gebunden, sind somit wenig mentalisiert; die Regulation von negativen Affekten und die Spannungskontrolle sind auf sehr archaischem Niveau fixiert.

Entscheidend für die Entwicklung der Borderline-Störung, so meinen Fonagy und Target (2002), ist die Beobachtung, dass diese Mütter aufgrund eigener Affektregulationsprobleme die vom Kind gezeigten Affekte kongruent spiegeln und nicht, wie es für eine Selbst-Objekt-Distanzierung des Säuglings notwendig wäre, den Affekt im Spiegeln übertreiben, d.h. markieren. „Konfrontiert mit dem Kummer ihrer Kinder, neigen sie dazu, denselben Affekt zum Ausdruck zu bringen, allerdings auf realistische und nicht markierte Weise. Weil der Affektausdruck nicht hervorgehoben ist, wird er nicht von der Pflegeperson entkoppelt, sondern als das tatsächliche Gefühl der Elternfigur erlebt. Das Kind wird seine eigene Gefühlsreaktion als noch gefährlicher und destruktiver erleben, weil sie auch noch ansteckend zu sein scheint“ (S. 855). Dies führe zu Defiziten in der Selbstwahrnehmung und der Selbstkontrolle von Affekten, zu einem Mangel stabiler Ich-Identität mit porösen Grenzen zwischen Selbst und Objekt und damit zu einer Neigung zu projektiven Identifikationen,

„die in der Genese der Borderline-Persönlichkeit die emotionale Erfahrung entscheidend prägen“ (S. 856).

Denkbar wäre ein zirkuläre Verstärkung oder Abschwächung zwischen den Erfahrungen der subjektiven Erlebniswirklichkeit des Körpers (Dialog mit dem Körper) und den Beziehungserfahrungen mit den primären Bezugspersonen. Die erwähnten Zustände von „Hyperarousal“ (Lichtenberg) oder des Versagens der Eltern als „optimale Affektregulierer“ (Mertens) wären zwei Teilaspekte eines komplexen Wirkgefüges, eines entgleisenden „Borderline-Dialoges“ (Milch, 1998).

Wird ein Säugling häufig in Situationen, in denen er verwirrt ist und verzweifelt schreit, nicht beruhigt, gehalten und getröstet, so gelingt es ihm nicht, diese zuerst externe Regulation durch die Mutter zu einer automatischen emotionalen Selbstberuhigungsstrategie zu transformieren; ihm fehlt Objekt Konstanz, d.h. eine zeitüberdauernde Symbolisierung der tröstenden Mutter als innerpsychische Repräsentanz.

Zusätzliche traumatisierende Ereignisse in der späteren Kindheit

Dieser beschriebene „mismatch“, diese Fehlübereinstimmung von Mutter und Säugling kann durch Erfahrungen von prolongierten Trennungserlebnissen (Krankenhausaufenthalte), Vernachlässigung, Deprivation, schmerzlichen Körpererfahrungen (Operationen) und Gewaltanwendung ins Unerträgliche gesteigert werden. Gegen diese überwältigenden Erfahrungen von absoluter Hilflosigkeit, Todesangst und Übererregung versucht das Kind nun in der weiteren Reifung kompensatorische Strukturen aufzubauen, die deutlich als frühkindliche Verhaltens- und Entwicklungsstörungen imponieren. In dieser Gruppe finden wir sowohl Patient(inn)en mit durch Realtraumatisierung in der späteren Kindheit komplizierter und verschärfter schon bestehender früher Entwicklungsstörung (additive Traumatisierung) als auch Patient(inn)en mit ruhiger Kindheitsentwicklung und spät einsetzendem Entwicklungsstrauma (körperliche und/oder sexuelle Gewalt).

Bei mehr als der Hälfte der von van der Kolk und Herman 1987 untersuchten Borderline-Patienten, fanden sich Vorgeschichten mit schwerem körperlichem oder sexuellem Missbrauch, der vor dem 6. Lebensjahr begonnen hatte; ein Teil der Untersuchten schien glaubhaft keine traumatische Vorgeschichte zu haben, beschrieb sich aber als sehr schüchtern und ängstlich in der Kindheit. „Unsere Erklärung war, daß die Borderline-Störung eine Funktion chronischen Geängstigt-worden-Seins während früher Entwicklungsphasen ist. Für Kinder die missbraucht werden, für diejenigen, die krankhaft schüchtern sind, für die, die eine chronische Krankheit haben, oder für die, die häufig Trennungen erleiden, kann die Welt ein Ort des Schreckens sein“ (van der Kolk, 2000, S.190). Nach Diepold (1997) reagieren Kinder auf frühe traumatische Erlebnisse durch Ausbildung zweier Grundmuster: Die Kinder verhalten sich entweder (1) aggressiv, destruktiv oder sind (2) erstarrt, ängstlich-depressiv und anklammernd. „Innerhalb dieser beiden Grundmuster zeigen sie all die Symptome, die bei der Borderline-Entwicklungsstörung auftreten“ (S.133). Perry et al. (1998) fanden bei der Untersuchung von schwer traumatisierten Kleinkindern und Säuglingen (n=175)

eine Reihe von PTSD-Symptomen, so Verhaltensstörungen, Ängste, Phobien, Depressionen, innere Erregungszustände usw., welche das Risiko deutlich erhöhten, in der Pubertät oder als Erwachsene verschiedenartige neuropsychiatrische Symptome zu entwickeln. „Traumatisierte Kinder befinden sich häufig grundsätzlich in einem Zustand milder Angst – sie reagieren entweder mit Übererregung oder dissoziativer Anpassung; ihre emotionale, verhaltensbezogene und kognitive Aktivität wird diesen (häufig regregierten) Zustand widerspiegeln“ (Perry et al., 1998, S. 281). Das von Diepold beschriebene unterschiedliche posttraumatische Verhalten wird von Perry et al. (1998) einem Übererregungskontinuum als chronisch fixierter „Kampf-Flucht“-Reaktion oder einem Dissoziationskontinuum mit Erstarrungs- oder Ergebnisreaktion zugeordnet und anhand unterschiedlicher neurobiologischer und neurochemischer Korrelate veranschaulicht. Bei Säuglingen und Kleinkindern konnte er eine kombinierte Adaptionsreaktion beobachten: eine initiale Übererregungsreaktion mit dem Ziel, durch Schreien und Toben Bezugspersonen zu einer Hilfe zu veranlassen, um bei fortbestehender Bedrohung ein Dissoziationskontinuum zu durchlaufen: zuerst mit Erstarrung, Unbeweglichkeit, Taubheit, dann mit zunehmender Dissoziation und in extremen Fällen bis zur Ohnmacht. Bei Zunahme von Schmerz, Unbeweglichkeit und Fluchtunfähigkeit stieg bei den untersuchten Kindern die Ausprägung der Dissoziationsreaktion.

Was die Erinnerung an Traumata der Kindheit angeht, wissen wir aus Untersuchungen von Terr, dass Kinder, deren Traumatisierung nach dem dritten Lebensjahr begann und die einzelne belastende Erlebnisse durchmachten (Typ-I-Trauma), diese nahezu immer präzise berichten konnten – auch als Erwachsene; dieses gilt häufig nicht für Opfer einer prolongierten Gewalttraumatisierung (Typ-II-Trauma), die gegen das Erinnern massive Schutzmechanismen aufbauen, „weil darin die einzige Möglichkeit besteht, ihre schreckliche Kindheit zu überstehen“ (Terr, 1995, S. 30).

Die hier beschriebenen Kleinkinder, die später in/nach der Pubertät eine Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickeln, erfüllen dann häufig neben den Charakteristika der Persönlichkeitsstörung auch die diagnostischen Kriterien der PTBS; im Vordergrund imponieren klinisch zumeist dissoziative Symptome und Selbstverletzungen.

Da Kindheitstraumata auch bei Patienten mit anderen Persönlichkeitsstörungen nachweisbar waren, wurde in verschiedenen Studien versucht, eindeutiger Risikokonstellationen zu bestimmen. Nach Zanarini war emotionale Vernachlässigung ein signifikanter Risikofaktor zur Ausbildung einer BPS, „während dem Vorkommen sexueller Missbrauchserfahrung und körperlicher Misshandlung ein geringerer prädiktiver Wert zukam. Nach einer prospektiven Längsschnittstudie führten Missbrauchs-/Misshandlungserfahrungen in der Kindheit zu einem vierfach erhöhten Risiko, im Erwachsenenalter eine Persönlichkeitsstörung, unabhängig von möglichen Beeinflussungen wie dem kindlichem Temperament, elterlichen Bindungsstatus oder dem Vorliegen elterlicher psychiatrischer Störungen, zu entwickeln [...]“ (Brunner et al., 2001, S.5). Dass die frühkindliche emotionale Vernachlässigung einen

hochpathogenen Risikofaktor darstellt, konnte in weiteren Studien gezeigt werden (siehe dazu Pynoos, et al. 2000) – auch wenn dieser am schwersten objektivierbar ist. Vernachlässigung, Deprivation und Über-/Unterstimulation setzen meist schon sehr früh in der Säuglingszeit ein – lange vor sexuellen Übergriffen und physischem Missbrauch – und treffen auf ein vulnerables Gehirn mit noch hoher Plastizität zur Adaptation.

Die Bindungsforscher konnten zeigen, dass sich aus der Qualität der in der Fremde-Situation mit 12-16 Monaten gezeigten Bindung Voraussagen auf die spätere Kindheit machen lassen. Dornes (2001) schreibt über die Subgruppe der als Säuglinge vernachlässigten Kinder im Vergleich zu den Misshandelten und sexuell Missbrauchten, die das Bindungsmuster des desorganisiert/desorientierten Typs (Typ D) zeigten: „Sie zeigt die meisten negativen und die wenigsten positiven Affekte in der sozialen Interaktion, verfügt über die geringste Impulskontrolle und hat im IQ-Test die niedrigsten Werte. Diese Ergebnisse sind alarmierend, weil Vernachlässigung wahrscheinlich die häufigste Form der Kindesmisshandlung ist [...], aber auch in der Öffentlichkeit am wenigsten wahrgenommene“ (S. 232).

Die Verarbeitung von traumatischen Störungen nach Abschluss der Kindheitsentwicklung

Menschen nach Abschluss der Kindheitsentwicklung, die im Laufe ihrer Genese eine stabile und anpassungsfähige Persönlichkeit entwickelt haben, geraten durch ein traumatisierendes Ereignis vorübergehend in einen Zustand der Ich-Regression (akute Traumareaktion mit Störungen im körperlichen und seelischen Bereich; ICD-10 F43.0), erholen sich aber rasch und stabilisieren sich nach Abklingen der posttraumatischen Reaktion.

Anders bei Jugendlichen in einer naturgemäß schwierigen Entwicklungsphase der Pubertät und Adoleszenz oder bei Menschen mit prätraumatischer Vulnerabilität (latente neurotische Konfliktpathologie, kompensierte Borderline-Persönlichkeit, narzisstische Störung), welche bis dato mit viel Verdrängungsaufwand maskiert war.

Unter traumabedingter Ich-Regression verstehen wir eine erzwungene Aufgabe reiferer Ich-Funktionen: die Ersetzung der Verdrängungsabwehr durch Spaltungsabwehr (Dissoziation), die „Resomatisierung“ der Affektwahrnehmung als diffuses Unlust-Spannungs-Erleben, die Gefahr des Realitätsverlustes und des Selbstwertgefühls. Kommt es durch ungünstige Traumaverarbeitung in Pubertät und Erwachsenenalter zu einer Fixierung dieser Ich-Regression, dann entstehen Krankheitsbilder, die wir als posttraumatische Persönlichkeitsstörungen auf Borderline-Niveau (oder posttraumatische Borderline-Störungen) bezeichnen. Auch wenn diese sich in der Phänomenologie von den „klassischen“ Borderline-Störungen (siehe oben) nicht unterscheiden, so scheint mir eine nosologische Differenzierung aufgrund des Zeitpunktes der Traumatisierung sinnvoll: Die Entstehung der primären BPS ist in der frühen Individuationsphase (Mikrotraumata) und/oder Kindheitsentwicklung (Makrotraumata), die sekundäre oder posttraumatische Borderline-Störung in der Pubertät und Erwachsenenzeit.

Traumatisierung im Jugendalter

Die phasentypische Labilität der Selbststruktur in Pubertät und Adoleszenz ist ein Risikofaktor für die Fixierung der Ich-Regression nach Trauma. „Typische Folgen einer Traumatisierung im Jugendalter sind daher posttraumatische Borderline-Persönlichkeitsstörungen mit der Bereitschaft, posttraumatische Syndrome auf Borderline-Niveau zu entwickeln“ (Ermann, 1999, S. 122).

Es gibt wenige Studien zur Auswirkung traumatischer Erlebnisse auf die Adoleszenzentwicklung. Streeck-Fischer spricht hier von einer besonders anfälligen Zeit für Neu- und Retraumatisierung durch das phasentypisch labilisierte und erschütterte Selbst, nach Verlust der bis dato idealisierten Elternautoritäten. Jetzt erweist es sich bei der zunehmenden Ausweitung von potentiell gefährvollen Lebensräumen, inwieweit der Jugendliche stabile und steuernde Selbst- und Objektbilder verinnerlichen konnte, die ihm helfen, traumatische Gefahren zu antizipieren und zu meiden.

Ist diese innere Stabilität nicht vorhanden, „dann geraten Jugendliche mit Beginn der Adoleszenz in einen inneren Notstand, der sie mit Leere, tiefer Vereinsamung, Gefühlen von Heimatlosigkeit und Mangelhaftigkeit, Vernichtungs- und Zerfallsängsten konfrontiert“ (Streeck-Fischer, 1998, S. 176). So werden sie anfällig für Verführungs- und Misshandlungssituationen, meist durch ältere andere oder geraten in die Abhängigkeit von gewaltgefährdeten oder ideologischen Gruppen.

Besondere Bedeutung schreibt Ermann (1999) neben den körperlichen Gewalterfahrungen dem Erleben von Inzest und sexuellem Missbrauch in einer Vertrauensbeziehung zu. Erste eigene sexuelle Phantasien verstricken sich heillos mit verwirrenden Erfahrungen übergriffiger Näheangebote von zumeist nahen Bezugspersonen und rufen schmerzliche Orientierungs- und Identitätskrisen auf den Plan. Mädchen reagieren überwiegend mit dem „Dissoziationskontinuum“ (Perry et al., 1998) und versuchen durch Anpassung („Kapitulation“- und „Ergebungs“-Reaktion) und Dissoziation die unerträgliche Realität des andauernden Missbrauchs aus dem Bewusstsein abzuspalten. Die Folgen sind selbst verletzendes Verhalten zur Kanalisierung des Selbsthasses und als „Antidissoziativum“ (Sachsse, 2002), die Entwicklung von Essstörungen, Drogen- und Medikamentenabusus.

Viele männliche Jugendliche, die traumabedingt schweren Beschämungen ausgesetzt waren, legen sich zur Abwehr einen „Panzer aus unberührbarer Härte, gesichtsloser Uniformierung und Kälte (vgl. auch van der Kolk et al., 1994)“ (Streeck-Fischer, 1998, S. 177) zu.

Mit Recht kritisiert Streeck-Fischer die Neigung von Psychoanalytikern, dem Realitätsgehalt aktueller schwerer Traumata in der Adoleszenz (und Erwachsenenzeit) weniger pathogene Bedeutung zuzumessen als der Frage nach Auswirkung ichtypologischer Defizite, latenter Frühstörungsanteile beim Opfer oder unbewusster ödipaler Phantasien. „Patienten mit späteren Traumata in ihrer Lebensgeschichte werden dann zu einer Frühstörung deklassiert. Es werden ihnen u. U. Krankheitskonstrukte übergestülpt, die sie aufgrund von Spaltungsneigungen, gestörten Teil-Objektbeziehungen und Wiederholungszwängen zu Borderline-Störungen machen, deren

Denkfiguren dazu führen, nur noch die Folgen der traumatischen Verarbeitung zu erkennen, jedoch nicht mehr die überwältigenden realen Ereignisse" (Streeck-Fischer, 1998, S. 20). In diesem Sinne ist es für viele inzestuös missbrauchte junge Frauen besonders demütigend und wird mit massivem Selbsthass erinnert, dass sie sexual-physiologisch erregt auf den erzwungenen Verkehr reagierten, ein Befund den schon Stourzh (1961) in ihrer Arbeit zur Anorgasmie erwähnt; von 13 Frauen mit einer Missbrauchsvorgeschichte in der Adoleszenz hatte nur eine keinen Orgasmus während des erzwungenen Geschlechtsverkehrs. Ob unbewusste ödipale Phantasien eine Rolle spielen, ist im Einzelfall nicht auszuschließen, aber verwirrender und schockierender ist der bedrohliche Verlust einer verlässlichen Beziehung zum eigenen Körper. Viele Frauen fragen sich: Will mein erregter Körper etwas, was so unglaublich ist und zu dem Gefühl von Schmerz, Angst und Hilflosigkeit völlig im Gegensatz steht? Muss ich mich nicht ekelhaft vor meinem Körper, der dem Täter zu Willen ist? Diese physiologische Erfahrung und der Versuch, sie als Erinnerung auszulöschen, setzt die Internalisierung des Täterintrojektes und die Identifikation mit dem Aggressor in Gang.

Die Bezeichnung posttraumatische Borderline-Störung hilft uns zu erkennen, dass der innere Kern dieser Störungen eine chronifizierte misslungene Traumaverarbeitung darstellt. Die Traumarealität erzwingt einen Anpassungsprozess des Gehirns zur Überlebenssicherung, phänomenologisch sehr ähnlich der Borderline-Pathogenese aus der Frühzeit der Individuationsentwicklung.

Traumaaerfahrungen im Erwachsenenalter

Die Symptomatik der akuten Traumareaktion unmittelbar nach dem Ereignis, die Weiterverarbeitung als posttraumatische Belastungsreaktion und die posttraumatische Spätreaktion stellen die primären Traumafolgen dar und sind anderenorts ausführlich dokumentiert (u.a. van der Kolk, 2000; Maercker, 1997). In diesem Zusammenhang interessiert, warum das Trauma bei einigen Menschen trotz lang dauernder, mehr oder weniger bewusster, kognitiver, emotionaler und handelnder Bewältigungsarbeit seine Virulenz nicht verliert und dem Ereignis keine narrative Bedeutung im autobiografischen Gedächtnis zugewiesen werden kann. Unser Interesse gilt den sekundären Traumafolgen, der chronischen Störung der Traumaverarbeitung beim Erwachsenen. Nach Ermann können sich folgende "chronische posttraumatische Störungen im Rahmen einer anhaltenden Traumaverarbeitung (entwickeln):

- posttraumatische Persönlichkeit (ohne klinische Symptomatik)
- posttraumatische Persönlichkeitsstörung (zumeist mit Borderline-Zügen)
- chronisches posttraumatisches Syndrom (Symptomatik häufig wie Borderline-Störung, aber auch Syndrome auf mittlerem und höherem Strukturniveau mit Symptomatik wie neurotische Symptomneurosen)" (1999, S. 111).

Daraus abgeleitet stellt sich die Frage, ob ein Erwachsener ohne prätraumatische neurotische Störung – manifest oder in der Latenz – eine posttraumatische Borderline-Persönlichkeitsstörung durch fehlgelaufene Traumaverarbeitung entwickeln

kann oder nicht. Fiedler bejaht dieses: Um die aus seiner Sicht falsche Hypothese von Psychoanalytikern zu widerlegen, dass die Ursprünge der Borderline-Störung in den ersten drei Jahren in der Primärfamilie zu finden sind, schreibt er: „[...] bis hin zu dem überraschenden Befund, dass selbst Vietnam-Veteranen bereits wenige Jahre nach ihrem Fronteinsatz das Symptombild der Borderline-Störung präsentieren, ohne in der Kindheit misshandelt worden zu sein: Ganz ähnliche Beobachtungen finden sich bei Frauen, die erst in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter Opfer mehrfacher Vergewaltigung (z.B. in Kriegszeiten) waren" (Fiedler 2001, S. 217).

Diese Befund legen die Vermutung nahe, dass viele Traumata ab einer gewissen Stärke sich auf die meisten Menschen nachhaltig pathogen auswirken, so dass es zu einem erlebnisbedingten Persönlichkeitswandel kommt. Als katastrophale psychosoziale Belastungsfaktoren nennen Fischer und Riedesser (1999, S. 123) bei Erwachsenen: Tod eines Kindes, Selbstmord eines Ehepartners, verheerende Naturkatastrophen (alles Typ-I-Traumata), für länger andauernde Lebensumstände: Gefangenschaft als Geisel, Erfahrungen in Konzentrationslagern. Aber auch andere schwere Traumata, wie Tod eines Partners, die Diagnose einer schweren körperlichen Erkrankung, Gewalterfahrung durch ein Verbrechen, Verarmung, Arbeitslosigkeit usw. können unverarbeitet erwachsene Menschen nachhaltig verändern.

Die in einigen Fällen zu beobachtende posttraumatische Borderline-Störung wäre so als komplexe posttraumatische Belastungsstörung zu beschreiben: Die in der massiven Traumaregression (funktionelle Ich-Regression) aktivierten Bewältigungsmuster, bilden – vergleichbar mit der traumainduzierten Psychodynamik der frühen Individuationszeit – Stabilisierungsmuster auf der Spaltungsebene der Persönlichkeitsorganisation aus. „Symptome wie Intrusionen, Depersonalisation, Derealisation und Selbstverletzung sind dissoziative Ich-Zustände. Sie gehen unmittelbar auf die beschriebene Ich-Spaltung während der Traumatisierung zurück. Daneben treten auch somatoforme, d.h. körperliche Erregungszustände wieder auf, die mit dem Trauma verbunden waren (körperliche Flashbacks)" (Ermann, 1999, S. 124).

Eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) kann sich wie beschrieben aus einer PTBS entwickeln und wird gemäß ICD-10 als irreversible Folge der extremen Belastung angesehen. Die Diagnose darf erst gestellt werden, wenn eine solche Persönlichkeitsänderung über mindestens zwei Jahre bestanden hat. Sie äußert sich in einem Muster unflexiblen und unangepassten Verhaltens, das die zwischenmenschlichen privaten und beruflichen Beziehungen erheblich beeinträchtigt. Typisch ist eine feindliche oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, sowie Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit. Häufig berichten die Betroffenen über ein chronisches Gefühl von Nervosität, wie wenn sie ständig bedroht wären. Viele empfinden auch mehr oder weniger quälende Gefühle der Entfremdung. All das lässt an die Kriterien der BPS denken.

Im Englischen wird dieses Syndrom „Complex PTSD" oder „DESNOS" (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) genannt. Die vorläufige Konzeption dieses Syndroms schließt eine Vielfalt von Symptomen ein, die über die

typischen Symptome der PTBS hinausgehen (z.B. Somatisierung, Dissoziation, affektive Veränderungen). Andererseits weisen DESNOS-Patienten charakteristische Persönlichkeitsänderungen auf, die sich in erster Linie in einem veränderten, gestörten Beziehungsverhalten und Identitätserleben äußern, ähnlich wie man sie bei Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeit (Borderline-Persönlichkeit) beobachtet.

Aus diesem Grund betrachte ich die von Ermann vorgeschlagene Bezeichnung posttraumatische Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Reihe traumaassoziiierter Störungsbilder als sinnvoll, in Abgrenzung zu der primären Persönlichkeitsstörung BPS.

Zusammenfassung

Das klinisch fassbare Symptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung scheint mir die Manifestation einer gemeinsamen Endstrecke pathogener Verarbeitung unterschiedlichster traumatischer Ereignisse im Leben eines Menschen zu sein. Von der Darstellung der neurobiologischen Vulnerabilität, die in einem Diathese-Stress-Modell den erbgenetischen Faktoren für die Auslösung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zuzurechnen ist, wurde abgesehen. In dieser Arbeit interessieren vor allem die psychologischen und psychodynamischen Verwundbarkeiten in der Entwicklung vom Säugling zum Erwachsenen. Die erste Prädeliktionsstelle für eine Borderline-Struktur wird in dem Konzept von Kernberg als Krise der Wiederannäherungsphase in der Zeit zwischen Geburt und dem 18. Lebensmonat beschrieben. Als Ursache sind schwerwiegende emotionale Beeinträchtigungen in dieser Zeit anzunehmen, kumulative Traumatisierungen wie schmerzliche Vernachlässigung, liebloser Umgang, emotionale Ablehnung des Kindes durch primären Bezugspersonen. Diese frühkindlichen Mikrotraumata führen dann zu der für die Borderline-Störungen typischen Spaltungsabwehr, der Identitätsdiffusion, der Ich-Schwäche und der unspezifischen Reifungsstörung der Ich-Funktionen mit Impuls- und Affektdurchbrüchen usw. Da wir davon ausgehen können, dass das menschliche Gehirn in den ersten fünf Lebensjahren besonders verletzlich ist, versetzt ein zusätzliches Makrotrauma (psychische, physische, sexuelle Gewalt, Verlusterlebnisse usw.) in der Genese die Kinder in ein hohes Risiko für Auffälligkeiten in dieser Entwicklungsphase, aber erzwingt auch ein erhöhtes Risiko für Psychopathologie im Erwachsenenalter (van der Kolk et al., 1994). Die Störung manifestiert sich hier als eine globale, überdauernde und generalisierte Form der Übererregungszustände, die dann in der Weiterentwicklung in die für Borderline-Störungen typischen Persönlichkeitsstrukturen einmünden. Je größer der Anteil der pathogen wirksamen konstitutionellen Faktoren (siehe Zanarini und Frankenburg, 1997), umso weniger nachhaltig braucht es traumatische Beziehungsfaktoren.

Eine weitere empfindliche Stelle für Traumatisierung ist die Zeit der Pubertät und Adoleszenz, wo eine altersspezifische Labilisierung innerer Strukturen den Menschen besonders empfänglich für Ich-Regression und Dekompensation einer labilen Identitätsstruktur macht. Durch ein Trauma in dieser Zeit kann die bestehende Ich-Regression auf Borderline-Niveau fixiert werden, und es kommt zu einer Desintegration

von Selbst- und Objektrepräsentanzen mit dem Verlust reiferer Abwehrformationen und der Regression auf die Ebene der Spaltungsabwehr. Dies wiederum hat verstärkten Einfluss auf Selbstwert, Ich-Stärke und Realitätsbezug und führt zur Entwicklung von Krankheitsbildern, die wir gemeinhin als posttraumatische Persönlichkeitsstörungen auf Borderline-Niveau beschreiben.

Auch bei einem Teil der Patienten, die im Erwachsenenalter traumatisiert wurden und glaubhaft versichern, in der Kindheit und Adoleszenz von traumatischen Erlebnissen unbehellig geblieben zu sein, können sich Persönlichkeitsstörungen entwickeln, die in ihrem klinischen Bild den Borderline-Persönlichkeitsstörungen ähneln. Zum einen gelingt es wegen der Stärke der Traumatisierung nicht, die Traumaerlebnisse als Wunde abheilen zu lassen, zum anderen werden durch die Erwachsenentraumatisierungen in der Latenz gehaltene neurotische Konfliktpathologien oder kompensierte Borderline-Persönlichkeitsanteile oder narzisstische Persönlichkeitsanteile aktiviert und zur Dekompensation gebracht. Gelingt eine Verdrängungsabwehr, so kommt es zu weniger gravierenden traumatischen Neurosen, haben wir es aber mit einer massiveren, bis dato in der Latenz gehaltenen Persönlichkeitspathologie zu tun, so manifestiert sich eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Verschiedene Entwicklungsstränge und unterschiedliche Verarbeitung von Traumaerlebnissen aufgrund vulnerabler psychischer Strukturen münden immer wieder in ein ähnliches klinisches Erscheinungsbild, dem des Borderline-Syndroms. Es liegt also nahe anzunehmen, dass möglicherweise ein gemeinsamer Mechanismus der Störung zugrunde liegt, ein Mechanismus, der in verschiedenen Altersstufen ausgelöst wird, der somit die spezifische Reaktion eines Organismus auf Traumaerleben darstellt.

Literatur

- Brunner R, Parzer P, Resch F (2001): Dissoziative Symptome und traumatische Lebensereignisse bei Jugendlichen mit einer Borderline-Störung. PTT 5: 4-12
- Diepold B (1997): Schwere Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren. In: Endres M, Biermann G (Hrsg.): Traumatisierung in der Kindheit und Jugend. München, Basel: E. Reinhardt
- Dornes M (2001): Die frühe Kindheit. Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. 5.Aufl. Frankfurt a.M.: Fischer
- Ermann M (1999): Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin. 3.Aufl. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Fiedler P (2001): Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung. 2. Aufl. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union
- Fonagy P, Target M (2002): Neubewertung der Entwicklung der Affektregulation vor dem Hintergrund von Winnicotts Konzept des „falschen Selbst“. Psyche 56: 839-62
- Fischer G, Riedesser P (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2.Aufl. München, Basel: Reinhardt
- Herman JL: Complex PTSD (1992): A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Traumatic Stress 5(3): 377-91
- Herpertz S, Gretzer A, Mühlbauer V, Steinmeyer EM, Saß H (1998): Experimenteller Nachweis mangelnder Affektregulation bei Patientinnen mit selbstschädigendem Verhalten. Nervenarzt 69: 410-18
- Köhler L (1990): Neuere Ergebnisse der Kleinkindforschung. Ihre Bedeutung für die Psychoanalyse. Forum Psychoanal 5: 32-51

- Lichtenberg JD (1983): *Psychoanalysis and Infant Research*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, N.J.:Reinhardt
- Lichtenberg JD (1990): Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten und Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung. *Psyche* 44: 871-901
- Maercker A (1997): *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Mertens W (1992): *Entwicklung der Psychosexualität und der Geschlechtsidentität*. Bd1. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Milch W (1998): Überlegungen zur Entstehung von Borderline-Störungen auf dem Hintergrund der Säuglingsforschung. *PPT* 1: 10-21
- Paris J (1993): *Borderline Personality Disorder. Etiology and treatment*. Washington DC: American Psychiatric Press
- Perry BD; Pollard RA; Blakley TL; Baker WL, Vigilante D (1998): Kindheitstraumata, Neurobiologie der Anpassung und „gebrauchsabhängige“ Entwicklung des Gehirns: Wie „Zustände“ zu „Eigenschaften“ werden. *AKJP XXIX Jg.(3): Heft 99:277-307*
- Pynoos RS; Steinberg AM; Goenjian A (2000): Traumatische Belastungen in Kindheit und Jugend. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Wisaeth L (Hrsg.): *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Jungfermann Verlag
- Rohde-Dachser C (1986): *Borderline-Störungen*. In: Kisker KP, Lauter H, Meier JE, Müller C, Strömgen E (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*. Bd 1: Neurosen,
- Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. 3. Aufl. Berlin: Springer
- Sachsse U (1995): Die Psychodynamik der Borderlinepersönlichkeitsstörung als Traumafolge. Ein Entwurf. *Forum Psychoanal* 11: 50-61
- Sachsse U: *Selbstverletzendes Verhalten*. 6 Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Spitzer RL; Endicott J (1979): Justification for separating schizotypal and borderline personality disorder. *Schizophr Bull* 5: 95-100
- Streeck-Fischer A (1998): Mißhandelt - Mißbraucht: Probleme der Diagnostik und Psychotherapie traumatisierter Jugendlicher. In: Streeck-Fischer A (Hrsg.): *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Stourzh H (1961): *Die Anorgasmie der Frau. Beiträge zur Sexualforschung* 23. Stuttgart: Enke
- Terr L (1995): *Schreckliches Vergessen, heilsames Erinnern. Traumatische Erfahrungen drängen ans Licht*. München: Kindler
- van der Kolk BA (1999): Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeitsstörung *PTT* 3: 21-9
- van der Kolk A (2000): Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung: Selbstregulation, Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Wisaeth L (Hrsg.): *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Paderborn: Jungfermann Verlag
- van der Kolk B, Fisler RE (1994): Childhood abuse and neglect and loss of selfregulation. *Bull Menninger Clin* 58: 145-68
- Zanarini MC, Frankenburg F (1997): Pathways to the development of borderline personality disorder. *J Pers Disord* 11(1): 93-104

Dr. med. Jochen Peichl

Klinik für Psychosomatik u.
Psychotherapeutische Medizin
am Klinikum Nürnberg
Prof.-Nathan-Str. 1 • 90419 Nürnberg
E-Mail: peichl@klinikum-nuernberg.de