

Borderline Persönlichkeitsstörung, die vielfältigen Folgen von Bindungstraumatas

Prof. Dr. Franz Ruppert, Katholische Stiftungsfachhochschule München¹

1	Frauen- und Mönnerschicksale.....	1
2	Das Borderline-Konstrukt	5
3	Erklärungsversuche.....	8
3.1	Das Konzept der „Früh-“ und „Triebstörung“	8
3.2	BPS als Folge von Kindheitstraumata und sexualisierter Gewalt	10
4	Das Konzept des Bindungstraumas	13
4.1	Der Grund und die Folgen	13
4.2	Emotionales Verhungern: Magersucht	18
4.3	Sein Leben ein Kampf: Adolf Hitler	22
5	Therapieansätze	23
6	Soziale Arbeit mit Opfern und Tätern bei Bindungstraumen	27
7	Fazit.....	28

1 Frauen- und Mönnerschicksale

Der in Kasten 1 dargestellte Fall ist entnommen aus der Diplomarbeit von Michaela Metzdorf (2001). Ich gebe ihn etwas gekürzt wieder.

Kasten 1: „Der Stein des Anstoßes“

Sabine ist 12 Jahre alt und lebt seit einem Jahr in einer Wohngruppe. Sabines Mutter war 16 Jahre alt, als Sabine in Folge eines sexuellen Missbrauchs durch den Stiefvater gesund zur Welt kam. Das erste Jahr nach ihrer Geburt lebte Sabine mit ihrer Mutter in einem Mutter-Kind-Heim. Anschließend kehrte die Mutter in ihre Familie zurück und Sabine wurde in einem Kinderheim untergebracht. Mit 18 Jahren heiratete die Mutter Herrn ‚Meier‘ und zog mit ihm zu ihrer Schwiegermutter, Sabine wurde daraufhin aus dem Kinderheim geholt. Aus der Ehe der Mutter mit Herr Meier entstanden zwei Kinder. Weil es immer wieder zu diversen Auseinandersetzungen zwischen Sabines Mutter und ihrer Schwiegermutter kam, zog die Familie in eine eigene Wohnung um.

Sabine war damals 6 Jahre alt und der Missbrauch hatte bereits begonnen. Zwischen ihrem 5. und 10. Lebensjahr wurde sie 2-3mal wöchentlich von ihrem Stiefvater sexuell missbraucht (vaginal und anal) und durch Gewaltandrohung zum Schweigen gezwungen. Herr ‚Meier‘ war zu diesem Zeitpunkt drogenabhängig (Heroin). Das Geld der Familie (Sozialhilfe und Einnahmen aus Putzjobs der Mutter) verspielte er regelmäßig in Spielsalons. Häufig brachte er andere Frauen mit nach Hause. Zu diesen Gelegenheiten musste der Rest der Familie die Wohnung vorübergehend verlassen. Wegen der ‚Frauengeschichten‘ und der Geldnot gab es heftige Auseinandersetzungen zwischen Frau ‚Meier‘ und ihrem Mann. Frau ‚Meier‘ wurde dabei oft geschlagen. ... Im Alter von 10 Jahren hielt Sabine ihre Situation nicht mehr aus und erzählte der Mutter vom sexuellen Missbrauch durch den Stiefvater.

Frau ‚Meier‘ ging daraufhin mit ihrer Tochter zur Polizei und erstattete Anzeige gegen ihren Mann. Sie zog mit ihrer jüngsten Tochter (damals 4 Monate alt) in ein Frauenhaus und an-

¹ Stand Juni 2004

schließlich in eine Frauenwohngruppe. Sabines Bruder wurde fremduntergebracht. Sie selbst kam mit Einverständnis der Mutter über den ASD und das Jugendamt in eine heilpädagogische Wohngruppe. Nach vier Monaten wollte Frau ‚Meier‘ Sabine gegen ihren Willen aus der Wohngruppe nehmen. Da sie aber nicht in der Lage war, für ihre drei Kinder zu sorgen und den Schutz von Sabine sicherzustellen, wurden ihr vom Gericht Teile des Sorgerechts, darunter auch das Aufenthaltsbestimmungsrecht für Sabine und ihren Bruder entzogen. Ein Verein wurde zum Vormund von Sabine erklärt. Dieser hatte, auch auf Wunsch von Sabine, eine längerfristige Unterbringung nach § 34 KJHG beantragt und Sabine damit den Verbleib in der Wohngruppe gesichert.

Herr ‚Meier‘ wurde zu 6 Jahren Haft verurteilt. Da er den Missbrauch zugab, musste Sabine nicht vor Gericht aussagen.

Im Heim wurden bei Sabine folgenden Symptome beobachtet, die ihre Verwirrung deutlich machen:

- Wechsel zwischen übermäßigem Essen und strengen Diäten,
- Wechsel zwischen sehr kindlichem und pseudoerwachsenem Verhalten,
- Wechsel zwischen totalem Rückzug und distanzlosem Verhalten,
- Wechsel zwischen umfassender Schönheitspflege und weitgehender Vernachlässigung,
- extreme Stimmungsschwankungen zwischen aufgedrehter Fröhlichkeit und Antriebslosigkeit und Traurigkeit,
- geringe Frustrationstoleranz,
- Ritzen der Haut.

Eine intensivere Beziehung mit einem 18jährigen Jungen in der Wohngruppe, bei der es ihr nur schwer gelingt, ihre Bedürfnisse nach Nähe und Abgrenzung zu regulieren, versucht Sabine vor den Betreuerinnen geheim zu halten.

Sabines Mutter kümmert sich kaum um ihre Tochter und ist im Kontakt mit ihr abwesend. Sie macht ihr aber andererseits Vorwürfe, sich von der Familie losgesagt zu haben. Der Kontakt zu Sabines Mutter gestaltet sich sehr schwierig. Frau ‚Meiers‘ Kooperationsbereitschaft ist gering. Sie kommt nur sehr unregelmäßig zu vereinbarten Elterngesprächen, hält Vereinbarungen mit ihrer Tochter bezüglich Besuchen, Telefonkontakten etc. meist nicht ein, was zu Enttäuschungen und Verwirrungen bei Sabine führt. Meist meldet sie sich über einen längeren Zeitraum (zuletzt 2 Monate) gar nicht und ist auch nicht erreichbar. Wenn sie wieder ‚auftaucht‘ macht sie ihrer Tochter Vorwürfe, dass diese den Kontakt zu ihrer Familie nicht aufrecht erhalten würde. Auf Sabines Verteidigungsversuche und emotionale und verbale Äußerungen (z.B. weinen, Beschuldigungen, Aussprechen von Wünschen an die Mutter) kann Frau ‚Meier‘ nicht angemessen reagieren, so dass es meist zu sehr verletzenden Äußerungen von ihrer Seite kommt. ... Ihre Gefühle zu Sabine scheinen sehr ambivalent zu sein. Einerseits macht sie bei Elterngesprächen Sabine oft Vorwürfe, dass sie keinen Kontakt halten würde und äußert den Wunsch, sie häufiger sehen zu können, andererseits ist sie für Sabine nicht zu erreichen, meldet sich längere Zeit nicht und hält vereinbarte Kontakttermine nicht ein. Sie ist grundsätzlich nicht bereit, über den sexuellen Missbrauch an ihrer Tochter durch ihren Ex-Mann zu sprechen. Jeden Versuch der Fachkräfte blockt sie sofort ab. Über eigene Problematiken zu sprechen, insbesondere über den eigenen sexuellen Missbrauch, durch den Sabine entstand, weigert sie sich ebenfalls.

Bei den wenigen Kontakten zwischen Frau ‚Meier‘ und Sabine ist immer die kleine Schwester dabei, die die Gespräche häufig durch permanente Störungen (schreien, weinen, in die Hosen machen, mit Spielzeug um sich werfen) unterbricht. Frau ‚Meier‘ zieht ihre beiden anderen Kinder Sabine eindeutig vor. Sabines Schwester lebt bei der Mutter und wird umsorgt und verwöhnt. Sabines Bruder darf regelmäßig jedes zweite Wochenende nach Hause kommen. Frau ‚Meier‘ hat auch unter der Woche Kontakt zu ihm. An den Elterngesprächen in der Wohngruppe des Bruders nimmt sie regelmäßig teil. Die Gespräche verlaufen nach Aussagen der dortigen Be-

treuerInnen meist sehr konstruktiv und weit weniger spannungsgeladen als es bei Gesprächen mit Sabine der Fall ist.

Inbesondere die Schwiegermutter ist bestrebt, die Familie nach der Haftentlassung ihres Sohnes – die wegen ‚guter Führung‘ voraussichtlich nächstes Jahr ansteht – wieder zu vereinen. Sabine soll jedoch nicht mehr in die Familie integriert werden. Zu diesem Zweck ‚bearbeitet‘ die Stiefgroßmutter Frau ‚Meier‘ und ihre leiblichen Enkelkinder, den Kontakt zu Sabine vollständig abzubrechen. Sabine wird von ihrer Stiefgroßmutter öffentlich als Lügnerin bezeichnet und für die Inhaftierung ihres Sohnes verantwortlich gemacht. Nach dem Gerichtsurteil wurde Sabine v.a. von ihre Stiefgroßmutter massiv bedroht, woraufhin jeglicher Kontakt zu ihrer Verwandtschaft stiefmütterlicherseits gerichtlich unterbunden wurde.

Frau ‚Meier‘ zieht in Betracht, nach der Haftentlassung wieder mit ihrem Ex-Mann zusammenzuziehen. Sie besucht ihn mit ihren beiden anderen Kindern regelmäßig im Gefängnis. Davon weiß Sabine nichts.

Sabines sexuelle Missbrauchserfahrungen sind ‚offiziell‘ bekannt. Zu Beginn ihres Wohngruppenaufenthaltes hat sie sehr viel und mit jedem darüber gesprochen. Aus Aufzeichnungen geht hervor, dass Sabine nahegelegt wurde, nicht ständig mit jedem darüber zu reden. Seitdem spricht sie nicht mehr davon.

Betrachtet man diese Fallgeschichte, so drängt sich eine ganze Reihe von Fragen auf:

- Wieso hat ein Stiefvater mit seiner Stieftochter sexuellen Verkehr?
- Wieso heiratet Frau ‚Meier‘ einen Mann, der gewalttätig, drogenabhängig und ein Spieler ist? Wie wird ein Mann wie Herr ‚Meier‘ so?
- Wieso bringt Sabines Mutter ihre Tochter in die gleiche Situation, in der sie selbst als Kind war: eine Inzest und Missbrauchssituation?
- Warum will Sabines Mutter trotz der Anzeige und der Verurteilung wieder zu dem Mann zurück, der ihre Tochter zweifelsohne missbraucht hat und für eine Familie offenbar gar nicht sorgen kann und will?
- Warum wird Sabine als „Lügnerin“ und die eigentlich Schuldige hingestellt und ihr Stiefvater von seiner Mutter in Schutz genommen?
- Wie erklären sich Sabines vielfältige Symptome?
- Ist die 12jährige Sabine bereits jetzt auf dem Weg, das Lebensschicksal ihrer Mutter zu wiederholen? Warum verheimlicht sie ihre „intensive Beziehung“ zu einem Jungen in der Wohngruppe?
- Weshalb wird es innerhalb der Wohngruppe vermieden, mit Sabine über ihre Missbrauchserfahrungen zu sprechen?

Während man den Lebensweg von Frau ‚Meier‘ und ihrer Tochter Sabine als klassisches Frauen- und vielleicht auch als Opferschicksal ansehen kann, kommt im folgenden Fallbeispiel, dass ich einem Fallbuch für psychiatrische Diagnosen entnehme (Freyberger und Dilling, 1994), eher ein Männer- und Täterschicksal zum Ausdruck (Kasten 2).

Kasten 2: (Selbst)Zerstörung als Ausweg

„Der 22-jährige Patient kam in Begleitung einer Freundin ohne Voranmeldung auf unsere Psychotherapiestation. Er bat dringend um ein Gespräch mit einem Arzt oder Psychologen und berichtete dann, dass er in den letzten Tagen wieder voller aggressiver Impulse, Suizidgedanken und

Wut sei. Er stehe derart unter Druck, dass er die Situation nicht länger ertragen könne, befürchte, dass er erneut einen Suizidversuch begehen könnte oder irgendetwas zerschlagen bzw. jemand angreifen könnte. ... Der Patient berichtet, dass er bereits als Kind immer wieder große Probleme mit den Eltern, mit der Schule und mit Gleichaltrigen gehabt hätte. Er habe sich oft nicht verstanden und angegriffen gefühlt und hätte immer wieder mit Wut, Trotz und dann wieder mit Rückzug reagiert. Für ihn sei der Tod seines um zwei Jahre älteren Bruders, der mit sechs Jahren an einem Gehirntumor verstarb, sehr schlimm gewesen. Damit hätten seine ganzen Probleme begonnen. Mit 11 Jahren hatte er erstmals einen Suizidversuch (Pulsaderschnitt mit einer Schere) durchgeführt, nachdem es in der Schule wieder einmal zu massiven Problemen und in der Folge zu Streitigkeiten mit den Eltern gekommen war. Danach hätten seine Schwierigkeiten weiter zugenommen, er habe sich immer sehr einsam oder leer gefühlt und hätte ab seinem 15. Lebensjahr wiederholt Suizidversuche durchgeführt. Etwa seit seinem 14. Lebensjahr habe er regelmäßig begonnen Haschisch zu rauchen und auch immer wieder Drogen und andere Medikamente eingenommen. Wegen dieser Schwierigkeiten und seines häufigen Schuleschwänzens, sei er mit sechzehn Jahren, nach dem Hauptschulabschluss erstmals für ¼ Jahr in einer stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung gewesen. Eine Ausbildung zum Kfz-Mechaniker brach er mit 17 Jahren nach etwa 10 Monaten Ausbildungszeit ab. Seitdem ist der Patient keiner geregelten Arbeit mehr nachgegangen. Er habe sich eigentlich durchgehend sehr labil gefühlt; hätte häufig unter seinen aggressiven Phantasien und seinem inneren Druck gelitten. Deshalb habe er oft Haschisch oder andere Drogen eingesetzt, um sich selbst zu beruhigen. Aber immer wieder sei es in Zusammenhang mit diesen Spannungsgefühlen oder auch Gefühlen der ‚inneren Leere‘ zu Suizidversuchen oder anderen selbstaggressiven Handlungen (z.B. oberflächlichen Hautschnitten) gekommen.“ ...

Der Vater ist ein beruflich erfolgreicher, selbständiger Ingenieur, die Mutter ist Hausfrau. Der Patient hatte einen zwei Jahre älteren Bruder, der an einem Gehirntumor verstarb. Als er zehn Jahre alt war, wurde sein jüngerer Bruder geboren, zudem er bislang immer ein sehr problematisches Verhältnis gehabt habe. Er hat vor allem das Gefühl, dass die Mutter diesen Bruder ihm gegenüber vorziehen würde. Deshalb resultieren für ihn erhebliche Eifersuchtsgefühle gegenüber dem Bruder und Wut und Ärger gegenüber der Mutter. Es sei wiederholt wegen dieser Konflikte auch zu Spannungen mit dem Vater gekommen, der häufig versuche, zwischen der Mutter und den Söhnen zu vermitteln. ...

Immer wieder kam es während des Behandlungsverlaufs zu eigenaggressiven Handlungen wie z.B. oberflächlichen Messerschnitten, oder er schlug so massiv mit der Faust gegen die Wand, dass er sich erheblich verletzte. Meist traten diese Selbstschädigungen nach kränkenden Auseinandersetzungen mit Mitpatienten oder mit den Eltern auf.

Sein Verhältnis zu Mädchen sei immer gut gewesen; mit 15 Jahren habe er den ersten sexuellen Kontakt gehabt, den er als sehr befriedigend erlebte. Auch in der Folge hat eine Reihe von Partnerschaften gegeben, die jedoch meist nach wenigen Monaten beendet worden sind. In diesen Beziehungen habe es immer wieder massive Streitigkeiten gegeben, die oft durch seine Drogen- und Alkoholprobleme bzw. seine anderen Schwierigkeiten veranlasst waren. Eine große Belastung für diese Partnerschaften hätten auch die Suizidversuche und die wiederholten Klinikaufenthalte bedeutet.“ (Schneider, 1993, S. 53ff.)

Auch bei diesem Fallbeispiel ergibt sich eine Vielzahl offener Fragen:

- Woher kommen die unkontrollierbaren Aggressionen?
- Wieso will sich dieser junge Mann beständig selbst umbringen?
- Woher rührt sein Gefühl „innerer Leere“?
- Wieso fühlt er sich abgelehnt?
- Hat seine familiäre Situation einen ursächlichen Einfluss auf sein Scheitern im Leben?

- Wieso bezeichnet dieser junge Mann sein Verhältnis zu „Mädchen“ als gut, obwohl seine Partnerschaften immer sehr schnell gescheitert sind?

2 Das Borderline-Konstrukt

„Grenzgänger“- Der Begriff „Borderline“ hat innerhalb der psychiatrischen und psychoanalytischen Theoriebildung eine Tradition von über 100 Jahren. „Borderline Persönlichkeitsstörung“ (im folgenden abgekürzt: BPS) ist ein aus der Psychoanalyse stammendes theoretisches Konstrukt, mit dem versucht wird, eine Vielzahl von auffälligen Verhaltensweisen und Gefühlen zu erklären, die weder in das psychoanalytische Schema einer neurotischen noch einer psychotischen Störung passen. „Borderline“ ist der Ausdruck für die Vorstellung, jemand bewege sich am Rande einer Psychose, ohne die klassischen Symptome einer Psychose – Wahn und Halluzinationen – zu zeigen. In der Regel diente dieser Begriff im Rahmen der Psychoanalyse „der Beschreibung von Patienten, deren Zustand in einem ‚Zwischengebiet‘ zwischen einer eindeutigen Indikation für die psychoanalytische Behandlungsmethode und einer eindeutigen Kontraindikation – im allgemeinen Patienten mit einer länger dauernden Psychose – lag. Vor allem in Amerika, wo die diagnostischen Kriterien der Schizophrenie noch bis vor kurzen sehr breit gefasst waren, neigten die Psychoanalytiker zu der Annahme, dass die Psychosen ihrer ‚Borderline‘-Patienten denjenigen Schizophrener zuzuordnen seien.“ (Stone, 2000, S. 3)

Das Konzept der BPS hat mittlerweile auch in die beiden einflussreichsten Klassifikationsschemata für psychische Erkrankungen (ICD 10 und DSM IV) Eingang gefunden.

ICD 10.- In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) taucht die BPS als Unterkategorie der „emotional instabilen Persönlichkeitsstörung“ (F60.3) auf: „Eine Persönlichkeitsstörung mit deutlicher Tendenz, impulsiv zu handeln ohne Berücksichtigung von Konsequenzen, und mit wechselnder, instabiler Stimmung. Die Fähigkeit, vor auszuplanen, ist gering und Ausbrüche intensiven Ärgers können zu oft gewalttätigem und explosiblem Verhalten führen. Dieses Verhalten wird leicht ausgelöst, wenn impulsive Handlungen von anderen kritisiert und behindert werden.“ (Dilling, Mombour und Schmidt, 1994, S. 230f.)

Neben dem sog. impulsiven Typus (F60.30) („... mangelnde Impulskontrolle, Ausbrüche von gewalttätigem und bedrohlichem Verhalten sind häufig, vor allem bei Kritik durch andere.“) wird der „Borderline Typus (F60.31) wie folgt definiert: „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).“ (a.a.O., S. 230)

DSM IV.- Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM IV) werden folgende Kriterien für die Diagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung genannt:

1. verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden,
2. Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, gekennzeichnet durch den Wechsel zwischen den extremen der Idealisierung und Entwertung
3. andauernde Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgabe, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“) selbstschädigende Aktivitäten

5. wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung
7. chronische Gefühle von Leere
8. unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, Wut zu kontrollieren
9. vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome

Nach dem DSM IV-Diagnoseschema müssen mindestens fünf der neun Kriterien für das Stellen der Diagnose BPS gegeben sein (Saß, Wittchen und Zaudig, 1998, S. 739).

Nach Angaben im DSM-IV wird die Auftretenshäufigkeit der BPS auf 10% bei ambulanten und 20% bei stationären psychiatrischen Patienten geschätzt. Vollendete Suizide kommen bei 8-10% der Betroffenen vor.

Das Konzept der Persönlichkeitsstörung.- Extreme Formen der Angst (Vernichtungs-, Verlassenheits-, Trennungsangst), Depersonalisations- und Derealisationsgefühle, Identitätsdiffusion, Realitätsverlust, Schwarz-Weiß-Denken, impulsive Reaktionsweisen, Selbstverletzungen, innere Leere, Depressionen, psychosomatische Symptome, Rituale und Zwänge, Kontaktvermeidung, plötzliche Kontaktabbrüche, starkes Kontrollbedürfnis über andere Menschen, Präventivangriffe, extreme Idealisierungen und Entwertungen anderer, Eßstörungen, Drogenkonsum, Suizidalität - in das Schema der BPS scheinen Drogenabhängige genauso gut zu passen, wie Magersüchtige und Bulimikerinnen, Frauen, die sich ritzen, gewaltbereite und hasserfüllte Männer (z.B. Rechtsradikale, Vergewaltiger, Killer), „Psycho-“, und „Soziopathen“ oder Vorgesetzte, die ihre Mitarbeiter quälen. Es gibt innerhalb der Psychiatrie und Psychotherapie eine Tradition, Menschen mit bestimmten Eigenschaften, Persönlichkeitstypen diagnostisch zuzuordnen. Als Persönlichkeitsstörungen (PS) werden unterschieden:

- paranoide PS
- schizoide PS
- antisoziale PS
- hysterische/histrionische PS
- narzistische PS
- selbstunsichere PS
- dependente PS
- masochistische PS
- hypochondrische PS
- zwanghafte PS
- passiv-aggressive PS.

Beispiel „narzistische Persönlichkeitsstörung“: „In der Außenperspektive wird die narzistische Persönlichkeitsstörung im DSM-III-R vor allem durch ihre Überempfindlichkeit gegenüber Kritik beschrieben, auf die die Betroffenen in aller Regel mit Wut oder Scham reagieren. Sie nutzen zwischenmenschliche Beziehungen aus, um mit Hilfe anderer eigene Ziele zu verfolgen. Und sie verlangen ständig Aufmerksamkeit und Bewunderung. Eher aus einer Innenperspektive erschließbar ist das dominierende Muster von Großartigkeit und ein übertriebenes Selbstwertgefühl. Die Betroffenen scheinen ständig beschäftigt mit Phantasien grenzenlosen Erfolges, Macht, Glanz, Schönheit oder idealer Liebe. Im Vergleich zu anderen sind sie innerlich stark mit Neidgefühlen beschäftigt. Dem entspricht schließlich ein auffälliger Mangel an Empathie.“ (Fiedler, 1994, S. 231)

Fiedler warnt zugleich davor, den Begriff der Persönlichkeitsstörung zu überdehnen: „Unmittelbarer als die Klassifikation spezifischer psychischer Störungen (wie „Agoraphobie“,

„Stottern“ oder „Alkoholabhängigkeit“) berührt die diagnostische Feststellung „Persönlichkeitsstörung“ das Problem der Stigmatisierung. Es werden nämlich nicht nur einzelne Erlebnisweisen und Verhaltensepisoden als „Störung“ bezeichnet, sondern eine diagnostizierte Persönlichkeitsabweichung bezieht sich immer auf die Person an sich. Damit rückt die Diagnose „Persönlichkeitsstörung“ fast zwangsläufig in den Bereich des moralischen Urteilens und Verurteilens ...“ (Fiedler, 1994, S. 220f.)

Ungeachtet solcher Einwände ist das Konzept der Borderline Persönlichkeitsstörung in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts insbesondere durch die Arbeiten des Psychoanalytikers Otto Kernberg populär geworden. Neben einer neurotischen und psychotischen Persönlichkeitsorganisation unterschied er die „Borderline-Persönlichkeitsorganisation“ mit hohem und niedrigem Niveau (Kernberg, 2000, S. 51). Das BPS-Konzept gehört heute zum festen Begriffsrepertoire in der Psychiatrie und Psychotherapie. Auch andere psychologische Richtungen als die Psychoanalyse versuchen sich heute daran, „Borderliner“ auf dem Hintergrund ihrer jeweiligen Theorien (z.B. Gestalttheorie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Kognitive und Verhaltenstherapie) zu deuten.

Betroffene über sich.- „An einer Borderline-Störung zu leiden, heißt innerlich einsam zu sein, ständig nach Nähe zu suchen und dennoch Nähe nicht ertragen zu können – nie zu wissen, was richtig für mich ist, nie zu wissen, welchen Platz man in dieser Welt hat, weil alles so widersprüchlich ist, weil sich am nächsten Tag alles wieder ändern kann. Vertrauen ist so schwer zu finden. In der einen Sekunde sind alle Menschen böse und greifen mich an, in der nächsten Minute kann ich die Welt umarmen, weil alles so gut ist. Es ist schwierig, ein geregeltes Leben zu führen, weil alles im Kopf im Chaos liegt. Und wenn ich jetzt wieder ins Jammern verfall, beginne ich mich selbst zu hassen. Niemand kann verstehen, dass man sich selbst so furchtbar, so abstoßend findet. Und niemand kann den Wunsch verstehen, einfach nicht mehr da sein zu wollen. Ich möchte nicht als kranker Mensch gesehen werden, weil ich auch noch etwas anderes bin als nur meine Störung. ... Bedeutsam ist auch noch, dass man sich für selbstverletzendes Verhalten nicht schämen muss. Es hilft manchmal, um überhaupt etwas zu fühlen.“

„Ich habe mich selbst sehr intensiv mit dem Thema Borderline beschäftigt, weil ich selbst diese Diagnose mehrfach erhalten habe, fälschlich, weil die Ärzte nicht kapierten, dass sie es mit mehreren „Personen“ zu tun hatten. ... Es ist nicht notwendig, dass eine sog. frühe Beziehungsstörung vorliegt, um sorgsam zwischen Gut und Böse zu spalten. ... Im viel häufigeren Fall wird es später im Leben erforderlich zu spalten bzw. zu dissoziieren. Nämlich dann, wenn das Kind sonst, ob der ihm zugefügten Traumata, in die missliche Lage käme, dass eine nahe Bezugsperson, von der es abhängig ist, in Wirklichkeit ein Schwein ist. Ich denke, das sollte man nicht als Defekt, sondern als bestmögliche Lösung dieser Zwickmühle betrachten.“

(http://kuckuck.solution.de/borderline_2.html vom 8.1.01)

Wie diese Zitate zeigen, deuten heute bereits Menschen, die seelische Probleme haben, selbst ihre Symptome als „Fall von Borderline“. Wie bei allen psychiatrischen Diagnosen besteht auch hier die Gefahr

- völlig Unterschiedliches in einer theoretischen Kategorie zusammen zu fassen,
- Menschen mit einer Krankheitsdiagnose zu etikettieren, statt soziale Prozesse und Reaktionsweisen auf zwischenmenschliche Beziehungen zu charakterisieren,
- die Beschreibung von Symptomen mit ihrer Ursache zu verwechseln,
- ein Theoriekonstrukt mit der Wirklichkeit gleich zu setzen und Ursachen und Folgen zu vertauschen.

3 Erklärungsversuche

Zwar handelt ein Mensch nicht in jeder Situation gleich und es hängt auch von seinem Gegenüber ab, welche Verhaltensweisen und Gefühle er zeigt, dennoch ist nicht zu übersehen, dass Menschen sich nach bestimmten Mustern verhalten und ihre Umwelt erleben. Woher kommt diese Fixierung und Einengung seelischer Vorgänge, welche im Extrem zu nicht mehr steuerbaren Gefühlen und Handlungsimpulsen führen?

3.1 Das Konzept der „Früh-“ und „Triebstörung“

Wie schon erwähnt, hat das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung seinen Ursprung in der Psychoanalyse. Nach Ansicht der Psychoanalyse entstehen Charakter- bzw. Persönlichkeitsstörungen, wenn ein Kind Probleme mit seiner psychosexuellen Entwicklung hat. Je früher die Probleme in der Kindheit einsetzen, desto gravierender sind demnach die Folgen. Da ein Mensch, bei dem eine BPS diagnostiziert wird, nach psychoanalytischer Theorie ein „Strukturniveau“ hat, das zwischen Neurose und Psychose liegt, müsse die zugrundeliegende Entwicklungsstörung in der prä-ödpalen Entwicklungsstufe stattgefunden haben.

Prä-ödpal bedeutet: Es gibt im wesentlichen nur die Beziehung des Säuglings bzw. Kleinkindes zu seiner Mutter. Der Vater ist noch nicht in die Mutter-Kind-Dyade eingetreten und hat noch keine Triangulierung der Mutter-Kind-Beziehung bewirkt. Die Psychoanalyse spricht daher auch von einer „Frühstörung“. Wie kommt es also nach Meinung der Psychoanalyse zu einer Frühstörung?

Das Konzept der chronifizierten Aggression.- Das psychoanalytische Konzept der Borderline Persönlichkeitsstörung ist eng mit dem Namen und den wissenschaftlichen Arbeiten von Otto Kernberg verbunden. Kernbergs Theoriebildung hat mehrere Stadien durchlaufen. In einer neueren Veröffentlichung verwendet er den Begriff der BPS als Oberbegriff für die im vorherigen Kapitel aufgelisteten Arten von Persönlichkeitsstörungen. In seine Theorie über die Entstehung der BPS bezieht er sowohl die Vorstellung angeborener Temperamenteigenschaften wie die Möglichkeit traumatisierend wirkender Lebenserfahrungen ein: „Bei Patienten mit einer Borderline-Pathologie weisen Forschungsergebnisse auf eine Prävalenz früher traumatischer Erfahrungen hin, wie die einer langen (physisch und/oder psychisch) schmerzhaften körperlichen Erkrankung, einem Erleben oder Miterleben von körperlichen Misshandlungen oder sexuellem Missbrauch, schwerer früher Verlust- oder Verlassenheitserfahrungen oder einer chaotischen Familienstruktur (...). Eine biologische Prädisposition für eine Aktivierung exzessiver aggressiver und depressiver Affekte als Folge gestörter biochemischer Neurotransmittersysteme (...), vor allem des serotonergen Systems (aber auch der adrenergen, noradrenergen oder dopaminergen Systeme), könnte sich in einer übermäßigen Aktivierung negativer Affekte und in einer Überempfindlichkeit gegenüber Stimuli, die normalerweise Angst oder Depression hervorrufen, niederschlagen und auf diese Weise an der Verzerrung früher affektiver Erfahrungen hin zu aggressiv besetzten Beziehungen mit bedeutsamen Bezugspersonen, die dann als solche internalisiert werden, mitbeteiligt sein. Auf diese Weise könnte schließlich eine sich im Temperament niederschlagende biologische Prädisposition zu negativer Affektaktivierung zusammen mit aggressiv besetzten Internalisierungen bedeutsamer Beziehungen auf die Konzepte vom Selbst und von anderen Einfluss nehmen (Depeu 1996).

Unter dem Einfluss dieser ätiologischen Faktoren entwickelt sich die Psychopathologie dieser Patienten in Form einer Dominanz aggressiv besetzter internalisierter Objektbeziehungen. Diese bedrohen die libidinös besetzten internalisierten Objektbeziehungen und führen zu einer übertriebenen protektiven Fixierung auf Spaltungs- und frühe Abwehrmechanismen Spaltungsmechanismen schützen idealisierte Selbst- und Objektrepräsentanzen vor einer Kontamina-

tion mit aggressiv besetzten Repräsentanzen und halten damit eine bestimmte Hoffnung auf ein inneres Wohlfühl, Sicherheit und befriedigende Beziehungen mit anderen aufrecht – unter Bedingungen, bei denen das Vorherrschen aggressiv besetzter internalisierter Objektbeziehungen diese Patienten mit einem massiven und andauernden Misstrauen gegenüber anderen bedroht, verbunden mit der Angst vor dem drohenden Ausbruch eines grausamen, aggressiven Verhaltens von ihnen selbst oder von Seiten anderer sowie verbunden mit den verwirrenden Verzerrungen einer Weltansicht, die sich aus der fehlenden Integration des Konzeptes von sich selbst und von anderen herleitet.

Die Entwicklung stabiler Charaktermuster aus solch frühen Lernerfahrungen, die exzessive Spaltungsmechanismen fördern, etabliert das Syndrom der Identitätsdiffusion und das Vorherrschen primitiver Abwehrmechanismen.“ (Kernberg, 2000, S. 449 f.)

Nach Kernberg kommt es bei Borderline-Patienten nur unter ungünstigen Bedingungen (extreme Belastung, Drogeneinfluss) zu kurzfristigen psychotischen Episoden. Die Realitätskontrolle bleibe bei BPS-Patienten in der Regel erhalten.

Kommentar zu Kernberg.- Obwohl sich Otto Kernberg im Rahmen der Fortentwicklung seiner Theoriebildung zur BPS der Einsicht nicht mehr verschließt, dass es Trauma-Erfahrungen sind, welche die seelischen Spaltungen hervorrufen, so ist seine Argumentationsweise bezüglich vermeintlicher „Prädispositionen“ zu diesen seelischen Problemen in gewisser Weise idealtypisch für den Versuch, letztlich doch den Patienten selbst zur Ursache seiner „Störung“ zu machen. Diese Argumentation fußt auf verschiedenen logischen Fehlern, die im Rahmen der Psychiatrie immer wieder anzutreffen sind:

- Die Veranlagung („Prädisposition“) zu einem Symptom wird aus dem Vorhandensein eines Symptoms geschlossen. Somit wird das Symptom logisch gesehen verdoppelt: in es selbst und in seine Voraussetzung dazu. Einen eigenen Nachweis der Veranlagung, z.B. dadurch, dass die spezifischen Gene benannt werden könnten, welche die „Affekte“ verursachen, gibt es aber nicht. Es handelt sich also nur um eine Annahme, die durch nichts weiter belegbar ist. Eine solche Aussage hat damit den Charakter eines Glaubensdogmas.
- Gefühle haben immer bestimmte Inhalte und richten sich auf etwas Konkretes. Indem Gefühle jedoch als „Affekte“ bezeichnet werden, erscheinen sie inhaltsleer. Es wird ihnen damit der Bezug zur Realität genommen und sie können so als Folgewirkungen von biochemischen Vorgängen angesehen werden.
- Auf dieser Basis kann ein Zusammenschluss in der Argumentation zwischen „übermäßigen“ Affekten und „gestörten“ Neurotransmittersystemen vorgenommen werden. Was jedoch „gestörte Neurotransmittersysteme“ wirklich sind, was „normale“ und „nicht-normale Stoffwechselprozesse“ sind, auch dafür können seitens der biologisch argumentierenden Psychiatrie keine konkreten Angaben gemacht werden. Wiederum handelt es sich um eine bloße Behauptung.
- Der spekulative Charakter dieser biologischen Theorien zeigt sich auch in der häufigen Verwendung des Wortes „könnte“. Fehlende Argumente für die Verursachung von seelischen Abspaltungen durch genetisch begründete biochemische Stoffwechselfvorgänge im Gehirn werden durch die Logik der Möglichkeit ersetzt. Es könnte ja sein

Bei der von mir geübten Kritik dieser biologischen Argumentationsketten handelt es sich nicht um akademische Spitzfindigkeiten. Vielmehr haben diese biologischen Theorien, selbst wenn sie mit psychosozialen „Faktoren“ angereichert sind, zur Konsequenz, dass nur der einzelne Patient Thema der Therapie ist und seine ihn traumatisierenden Lebenssituationen jedoch ausgeblendet werden. So werden aus Opfern die eigentlichen Subjekte gemacht, die krank sind, weil sie angeblich eine Veranlagung dazu besitzen. Über diejenigen, welche die Traumen verursachen, wird nicht gesprochen.

Wenn nun speziell Kernberg das Traumakonzept für nicht ausreichend hält, um eine BPS zu erklären, so vor allem auch deshalb, weil er in der fehlentwickelten Aggression solcher Menschen die eigentliche Ursache sieht. Für ihn „ist es wichtig, zwischen Trauma und chronischer Aggression zu differenzieren. Trauma ist als eine einmalige, intensive, überwältigende und desorganisierende Erfahrung bzw. als ein Erleben zu sehen, das von der Psyche nicht absorbiert und ‚metabolisiert‘ werden kann und das von einer chronischen Auseinandersetzung mit aggressiven Einflüssen unterschieden werden muss.“ (Kernberg, 2000, S. 525)

Abgesehen davon, dass Kernberg in diesem Zitat ein sehr eingeschränktes Verständnis von Trauma hat, frage ich mich, *wer* sich hier „chronisch“ mit *welchen* „aggressiven Einflüssen“ auseinandersetzt? Wer ist Subjekt und wer oder was ist das Objekt? Was ist Grund, was Folge und was Bedingung?

3.2 BPS als Folge von Kindheitstraumata und sexualisierter Gewalt

„Kumulative Kindheitstraumata“.- Freud hat seine ursprüngliche Annahme widerrufen, „Hysterie“ könnte durch sexuelle Gewalt gegen Kinder verursacht werden. Stattdessen entwickelte er seine Theorie vom „Ödipus-Komplex“ und schrieb die sexualisierten Erinnerungen seiner Patientinnen deren Phantasien zu. Auch wenn diese Beschreibung in der Entwicklung der Freud'schen Theorie sicher differenzierter gesehen werden kann (Dulz, 2000), so kennzeichnet sie doch das Prinzip der psychoanalytischen Herangehensweise: Seelische Konflikte entstehen weniger aus der Unmöglichkeit, äußere Situationen bewältigen zu können als auch der „Schwäche“ eines Menschen, mit seinen inneren Impulsen und Strebungen zurecht zu kommen.

Erst in neuerer Zeit öffnet sich auch die Psychoanalyse der Erkenntnis, dass nicht nur die Reizüberflutung des „Ichs“ durch überwältigende Affekte von innen, sondern auch äußere Faktoren die Ursache von psychischen Störungen sein können. So wird von Rhode-Dachser (1994) die BPS mit dem Modell der „kumulative Kindheitstraumata“ erklärt: Das Kind erleide wiederholt reale Beziehungserfahrungen, die es nicht bewältigen könne und vor denen es nicht geschützt werde. Die Wut des „Borderliners“ wird in dieser Theorie als Reaktion auf einen ihm zugefügten psychischen Schmerz gedeutet. Wie Rhode-Dachser behauptet, wurden 60-80% der Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur in ihrer Kindheit sexuell missbraucht. Wütend und Bösessein kann dann nicht in das Selbstkonzept integriert werden, Aggressionen werden als extrem bedrohlich erlebt. D.h. es müsse eine Aggressionsabwehr beim Patienten stattfinden, um selbst von dieser Wut nicht vernichtet zu werden.

Sexualisierte Gewalt.- Durch zahlreiche Untersuchungen zur Frage nach den lebensgeschichtlichen Erfahrungen von Borderline-PatientInnen wird immer wieder von Neuem bestätigt, dass diese Personen in ihrer Kindheit Erfahrungen von sexuellem Missbrauch und sexualisierter Gewalt gemacht haben. Die Korrelationen zwischen dem Symptombild der BPS und Gewalt- und Missbrauchserfahrungen liegen zwischen 16 und 84%, wobei die Betroffenen in erster Linie Frauen sind. Die Höhe der Korrelationen ist davon abhängig, welche Formen von Gewalt und Missbrauch mitgezählt werden, also ob z.B. auch verbale Übergriffe und Gewalttätigkeiten in die Statistiken einbezogen werden.

Diese Befunde veranlassen Autoren wie Reddemann und Sachsse zur Annahme, dass die Symptome der BPS in erster Linie auf Trauma-Erfahrungen zurück gehen: „Wir sind sicher, die Diskussion wäre längst abgeschlossen, wenn es sich um irgend etwas anderes als um sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ginge. Gerade bei diesem Thema jedoch überbieten sich Forscher, die sehr viel Material zusammengetragen haben und über sehr viel Belege dafür verfügen, darin, vor einer Gleichsetzung von Korrelation und Kausalität zu warnen. ...“

Das gesamte Spektrum der Borderline-Symptomatik in seiner ganzen Vielfalt und Widersprüchlichkeit kann also verstanden werden als ein Ensemble von Coping-Strategien zur Bewältigung von posttraumatischen Symptomen, die sich chronifiziert haben, weil sie in der traumatisierenden Situation und danach nicht verarbeitet werden konnten. ... Zwanghaftes Verhalten kann bedeuten, Selbstkontrolle auszuüben oder eine gefährliche Umwelt kontrollieren zu können; Essstörungen können - ... - der Bewältigung von Ekel dienen; Misstrauen und paranoides Verhalten können verstanden werden als sinnvoller Schutz und durch Lebenserfahrung gereifte Vorsicht. Dies relativiert die Hypothese, die Borderline-Persönlichkeitsstörung oder -organisation sei überwiegend eine Entwicklungspathologie. Wir betrachten die Mehrzahl der Borderline-Patienten und insbesondere -Patientinnen, die stationär behandlungsbedürftig sind, als Patientinnen und Patienten mit einer posttraumatischen Störung. Auch die Erfahrung, dass Frauen, die als Erwachsene vergewaltigt wurden, eine Borderline-Symptomatik entwickeln können, macht es erforderlich, die Perspektive Entwicklungspsychologie um diejenige der Traumapathologie zu ergänzen. ...

Wir arbeiten mit der Hypothese, dass es für einen traumatisierten Menschen insbesondere mit intrusiver Symptomatik sinnvoll ist, quasi eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zu entwickeln. Bei so widersprüchlichen und konfusen Objektbeziehungserfahrungen ist es wichtig, eine nur gute und eine nur schlechte Welt zu errichten, um die Affekte zu ordnen, Klarheit zu gewinnen und sich in der Welt orientieren zu können (Fischer, 1990). Deshalb ist es günstig zu spalten, zu dissoziieren und alle Symptome einzusetzen, um andrängenden, traumatisierenden Überflutungen begegnen zu können.“ (Reddemann und Sachsse, 2000, S. 559 ff.)

Hier findet also eine Umbewertung von Symptomen statt. Nicht die Symptome sind eine „Krankheit“, sondern sie sind eine Strategie traumatisierter Menschen, das Trauma so gut es geht zu bewältigen. Damit wird auch klar, dass die Entwicklung von Symptomen nicht an das Alter einer Person gebunden sind, sondern an das Auftreten einer Traumasituation. Je früher allerdings ein Kind traumatisiert wird, desto nachhaltiger sind die symptomatischen Folgen. Nach Egle, Hoffmann und Jeraschky (1997) ist demzufolge auch die „Spaltung“ kein innerer Abwehrmechanismus zum Schutz gegen einen übermäßigen Aggressionstrieb, sondern ein Versuch der Betroffenen, ihre paradoxen und für sie unverständlichen Wahrnehmungen nicht mehr erkennen zu müssen. Das missbrauchte Kind spaltet seine negativen Erfahrungen ab, um sich dadurch ein positives Bild von seinen Eltern erhalten zu können, auf die es existentiell angewiesen ist.

Multiple Identität.- Der weitest gehende Versuch, sich an eine Gewaltsituationen anzupassen, besteht in der Aufspaltung der persönlichen Identität. Unter „Identität“ versteht man die Fähigkeit eines Menschen, sich als die gleiche Person zu erleben, auch wenn sich äußere und innere Veränderungen vollziehen. „Identität im psychologischen Sinne ist die Frage nach den Bedingungen der Möglichkeit für eine lebensgeschichtliche und situationsübergreifende Gleichheit in der Wahrnehmung der eigenen Person und für eine innere Einheitlichkeit trotz äußerer Wandlungen.“ (Keupp, 2001, S. 807)

Identität ist also nicht etwas, was ein Mensch automatisch hat. Identität ist einerseits ein Ergebnis von Entwicklung der menschlichen Psyche und Seele und andererseits eine Leistung, die tagtäglich erbracht werden muss. Die Ausbildung von Identität vollzieht sich daher in bestimmten Lebensphasen unterschiedlich. Sie kann unter bestimmten Voraussetzungen deshalb auch scheitern.

Die Hauptursache für das Scheitern der Möglichkeit, die eigene Identität zu bewahren, ist massive und sexualisierte Gewalt gegen Kinder insbesondere im Vorschulalter. Die Berichte über solche Vorfälle sind so grauenhaft, dass man ihre Lektüre kaum erträgt (vgl. z.B. Huber, 1998, S. 317 f.). Es ist daher nicht verwunderlich, dass die Seele eines Kindes solche Folterungen nicht verkraften kann und sich im Verlaufe einer solchen Situation in verschiedene Personen aufspaltet, um das Entsetzliche portionsweise zu ertragen und sich einen Rest an Funktionsfähigkeit in einer

familiären Umwelt zu erhalten, in der es zum Objekt sadistischer Perversionen degradiert wird. Sich aufzuspalten in zehn, zwanzig und mehr Einzelpersonen wird zum Überlebensmechanismus eines solchen Kindes: „Sandy spürte die Gefahr, als der Priester sie wieder auf den Altar zurücklegte. Er befahl ihr, sich hinzusetzen und aus dem Becher zu trinken, den er ihr hinhielt. Dann legte er das Kind hin und öffnete das weiße Leintuch als Vorbereitung für die Vollendung des Rituals. Die Droge, die sie getrunken hatte, machte sie schwindelig. Sie sah die Klinge kaum, doch sobald sie den ersten Schnitt des Dolches spürte, entfloh Sandy, wie Jenny vor ihr, dem kalten, harten Stein. Selena war nicht sehr überrascht, sich unter diesen Fremden mit ihren starrenden Augen und angemalten Gesichtern zu finden. Sie wusste, etwas Schlimmes würde geschehen. Das geschah ihr immer. ...“ (Huber, 1998, S. 89 f.)

Täter.- Wie das obige Zitat zeigt, gibt es Menschen, die ihre perversen Phantasien in satanischen Messen ausleben. Sie haben keinerlei Mitgefühl mit den Kindern, die sie sich zurichten und so „programmieren“, dass sie ihnen zu willenlosen Objekten ihrer gewissenlosen Machtgelüste werden. Was sind das für Menschen, die so etwas machen?

Gewalttäter sind in erster Linie Männer. Rehder und Meilinger (1997) kamen bei ihrer Untersuchung von 44 inhaftierten Sexualstraftätern zu einer Typologie von 5 Täterprofilen:

- sozial angepasste, zwanghaft strukturierte (Inzest)Täter: „Diese Täter wählen ausschließlich weibliche Opfer, die zu Beginn der langen Tatserie (70,2 Monate) mit etwa 12,6 Jahren etwas älter sind als der Durchschnitt. ... Diese Personen haben eine gewisse Ähnlichkeit mit den von Groth (1982) beschriebenen aggressiv-dominanten Inzesttätertyp, der eine unterlegene Frau heiratet, die Familie beherrscht und sich der Tochter zuwendet, weil er emotionale Unterstützung von der Ehefrau nicht erhält.“ (a.a.O., S. 40)
- angepasste, alkoholisch enthemmte (Inzest-)Täter: „Dies sind die Täter, die sowohl zum Untersuchungszeitpunkt als auch bei Beginn der letzten Tatserie die jüngsten sind (31- 39 Jahre). ... Dies sind offenbar die Täter, die Ausweichtendenzen bei Konflikten zeigen und die sich in (enthemmenden) Alkoholkonsum – und evtl. in die Sexualkriminalität – flüchten. ... In Anlehnung an Groth (1982) können diese Täter als Männer beschrieben werden, die in ihren Taten Selbstbestätigung suchen; dabei besitzen sie soviel Anpassungsbestrebungen, dass erst alkoholische Enthemmung den Einstieg in die Taten ermöglicht.“ (a.a.O., S. 41)
- sozial kompetente, aus der Lebensbahn geworfene, tatverleugnende (Inzest-)Täter: „Die Täter des Cluster 3 sind die mehr gebildeten Täter mit positiver Sozialisation, die im Alter von über 38 Jahren in eine Krise geraten, diese Krise mit kriminellen Mitteln zu meistern versuchen, was ihnen nicht gelingt und die schließlich mit über 43 Jahren den Missbrauch beginnen. Diese Männer können aufgrund ihrer Sozialisation selbstsicher und mittelschichtorientiert mit anderen umgehen, bagatellisieren, rationalisieren oder bestreiten aber ihre Sexualdelikte, offenbar um ihren sozialen Status und/oder ihr Selbstbild nicht zu gefährden.“ (a.a.O., S. 41)
- depressiv (anpassungsbereite) Täter mit pädophilen Tendenzen: „Die Täter sind als äußerst nachgiebig, gehemmt und erwartungsvoll-sensibel zu bezeichnen. Sie trinken keinen Alkohol oder können dessen Konsum zumindest besser kontrollieren als die Personen der Cluster 3 und 1: sie sind aber nur vermindert fähig, ihre Aggressionen direkt anzusprechen. ... Die Täter besitzen sozialisationsbedingte Hemmungen ... und suchen möglicherweise hauptsächlich deswegen sexuelle Kontakte zu Kindern, weil sie sich ihnen überlegen fühlen. Für diese Inzesttäter trifft die Beschreibung von Groth recht gut zu, der eine Gruppe von passiv-abhängigen Personen fand.“ (a.a.O., S. 41)
- kriminell verfestigte, rücksichtslos-egozentrische Täter: „Die Täter wurden relativ früh strafrechtlich auffällig (mit knapp 23 Jahren) und wurden ebenso relativ früh zum erstenmal inhaftiert (mit knapp 28 Jahren). ... Die Täter zeichnen sich durch Durchsetzungsbereitschaft aus und sie bescheinigen sich auch in den Tests ein deutliches Selbstbehauptungsstreben.

Entsprechend ihrer geringen Intelligenz ist auch ihre Bildung verringert. Die Testergebnisse zeigen weiter sowohl eine geringe Über-Ich-Stärke als auch eine geringe Ich-Stärke an. Die Täter haben meist eine positive Erziehung durchlaufen, die möglicherweise aber zu verwöhnend oder zu wenig konsequent war, so dass sie geringe Anpassungsbereitschaft an gesellschaftliche Bedingungen zeigen, dies vielleicht auch, weil die Diskrepanz zwischen realen Möglichkeiten und eigenen Bedürfnissen zu groß war.“ (a.a.O., S. 42)

Männer mit unterschiedlichen Grundtemperaturen (aggressiv – nachgiebig), unterschiedlichem Intelligenz- und Bildungsniveau, unterschiedlichem sozialen Status und verschiedenen Alters - betrachtet man das breite Spektrum an männlichen Täterprofilen, so fragt man sich, warum der Verdacht einer genetischen Disposition von Männern zur Gewaltausübung gegen Schwächere selten als Theorie formuliert wird (Badinter, 1993). Nimmt man noch hinzu, dass selbst Priester (Schmieder, 2002), Ärzte, Psychotherapeuten und Sozialpädagogen vor sexueller Gewalt gegenüber Kindern, Schwächeren und von ihnen Abhängigen nicht zurückschrecken, so öffnet sich hier ein Abgrund männlicher Unfähigkeit, mit den eigenen sexuellen Bedürfnissen, dem Verhältnis zum anderen Geschlecht und der Konkurrenz innerhalb des eigenen Geschlechts sozial akzeptabel umzugehen. Seelische Spannungen werden ohne Rücksicht auf die Konsequenzen für andere wie für die eigene Person ausagiert. Es wird einfach gemacht, statt innezuhalten, nachzudenken und zu sprechen.

Eine Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen von frustrierten sexuellen Bedürfnissen, fehlender sozialer Anerkennung, gekränkter Eitelkeit und verletztem Stolz findet offenbar in einem so weitem Ausmaß nicht statt, dass sich die Frage stellt, was es eigentlich dafür bräuchte, Prozesse der Selbstreflexion in Gang zu setzen. Was könnte diese Haltung überwinden, andere zum Objekt eigener emotionaler Defizite zu erniedrigen und sich am Ende, wenn die Tat nicht mehr zu leugnen ist, auch noch als das eigentliche Opfer und das Opfer als den eigentlichen (Verführungs)Täter darzustellen? Was könnte Männer seelisch so stark machen, dass sie sich selbst wie andere besser spüren und ihre Männlichkeit so ausleben können, dass ihre körperliche Kraft mit innerer Stärke korrespondiert? (vgl. Biddulph, 1996) Wie könnten sie ihre Kränkungen und Traumen auch körperlich und energetisch anders verarbeiten als durch Gewalt oder Drogen? (vgl. Keen, 1993)

Sicher gibt es auch die Fälle, in denen Männer zu Sexualstraftätern werden, weil sie eine schlechte Kindheit hatten und selbst missbraucht wurden. In solchen Fällen geben sie das an Demütigungen an Schwächere weiter, was sie selbst erfahren haben. Aber auch dies ist Ausdruck einer Geschlechtsrolle, die im Ausagieren ihr Heil sucht und nicht nach innerer Heilung strebt aus Scham, dadurch den sozialen Status innerhalb einer von Männern erzeugten Rangplatz-Gesellschaft noch mehr zu verlieren.

Sexuell missbrauchte Frauen agieren in der Regel ihr Trauma nicht dadurch aus, dass sie andere zum Opfer machen. Sie verhalten sich meist so, dass sie selbst immer noch mehr zu Opfern werden. Weil sie selbst schwach sind, setzen sie ihre Töchter vermehrt der Gefahr aus, ebenfalls das Opfer sexueller Gewalt zu werden.

4 Das Konzept des Bindungstraumas

4.1 Der Grund und die Folgen

Im Rahmen der von mir entwickelten Grundzüge einer „systemischen Psychotraumatologie“ unterscheide ich zwischen vier verschiedenen Formen von Traumen:

- Existenztraumen,
- Verlusttraumen,

- Bindungstraumen,
- Bindungssystemtraumen (Ruppert, 2002).

Wie ich meine, lassen sich durch die Verknüpfung systemischer Erkenntnisse, basierend auf dem Konzept der Bindung und Beziehung, und dem Wissen um die psychischen und seelischen Folgen von Traumatisierungen die Symptome psychischer Auffälligkeiten wesentlich besser verstehen, die herkömmlich als „psychische Krankheiten“ oder „Persönlichkeitsstörungen“ bezeichnet werden.

Wie ich meine, lassen sich auch die Symptome, welche psychiatrisch unter der Kategorie der BPS eingeordnet werden, einerseits als Überlebensstrategien auf Trauma-Erfahrungen hin verstehen. Andererseits muss auch gesehen werden, wie solche Trauma-Situationen entstehen, wie sie aufrechterhalten werden und wie sie sich über Generationen in Paar- und Familiensystemen immer wieder neu herstellen. Während also die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ davon ausgeht, dass das Trauma bereits vorbei ist, deutet der von mir geprägte Begriff des „Bindungstraumas“ auch darauf hin, dass die Trauma-Situation fortbesteht, solange eine Bindung zwischen der traumatisierten Person und einer anderen Person besteht, also z.B. zwischen Mutter und Kind, Vater und Kind.

Bindungen.- Bindung ist ein Prozess, der Menschen auf seelischem Wege von einander abhängig macht. Dieser Vorgang ist elementar für das Verhältnis einer Mutter zu ihrem Kind. Damit dieser Prozess gelingt, muss ein emotionales Band zwischen Mutter und Kind entstehen. Um es metaphorisch auszudrücken: Es bewegen sich die Seele der Mutter und die Seele des Kindes aufeinander zu und suchen sich gegenseitig.

Bindungen, die einmal zustande gekommen sind, widersetzen sich ihrer Auflösung und verstärken sich und erhalten sich selbst aufrecht. Sogar wenn es keine faktischen Beziehungen zwischen den Beteiligten mehr gibt, so wirkt die Bindung fort und zeigt sich in den entsprechenden Bindungsgefühlen von Liebe, Angst, Wut, Schuld, Scham oder Schmerz.

Ohne seelische Bindung funktioniert ein Mutter-Kind-Verhältnis nicht und eine Mutter ist nicht in der Lage, ausreichend für ihr Kind zu sorgen. Eine Mutter, die nicht dazu fähig ist, eine gefühlsmäßige Bindung zu ihrem Kind herzustellen, kann dann zwar ihr Kind auf der körperlichen Ebene versorgen, sie lässt es dann aber beim Aufbau seiner eigenen seelischen Strukturen gleichsam verhungern.

Alle anderen Bindungsformen (Mann-Frau-, Geschwister-, Verwandtenbindung etc.) sind in ihrer Intensität und in ihrem Ausmaß der Mutter-Kind-Bindung nachrangig. Ein Kind hat zunächst gar keine andere Wahl, als zu seiner Mutter eine Bindung herzustellen. Wenn es dann trotz aller Bemühungen (Schreien, Wutgefühle) keine Bindung zu seiner Mutter herstellen kann, wird es versuchen, zu anderen erreichbaren Personen in seinem Umfeld Bindungen aufzubauen. Hier kommen in erster Linie, der Vater, die Geschwister oder Großmütter als Ersatzbindungspartner in Betracht.

Bindungsunfähigkeit und Verstrickungen.- Nach meinen Beobachtungen bei Familienaufstellungen und in der Einzeltherapie kommt es vor allem dann zu schweren Bindungsstörungen zwischen Mutter und Kind, wenn die Mutter selbst bereits Schwierigkeiten hatte, eine klare Bindung an ihre eigene Mutter zu entwickeln und sich deshalb innerhalb ihres familiären Bindungssystems verstrickte. Z.B. in dem es zu einer Identifikation mit Personen kommt, die im mütterlichen Herkunftssystem ein schweres Schicksal, z.B. durch einen frühen Tod, durch Selbstmord etc. erlitten.

Als Ursachen für mangelnde Bindungsfähigkeit oder sogar Bindungsunfähigkeit einer Mutter im Verhältnis zu ihrem Kind kommen weiter in Betracht:

- Trauma-Erfahrungen der Mutter in ihrer eigenen Kindheit (z.B. durch sexuelle Gewalt),
- Trauma-Erfahrungen der Mutter als Erwachsene (z.B. durch Verlust eines Kindes).

Es ist ein Teil des Trauma-Überlebensmechanismus, dass ein traumatisierter Mensch keine Gefühle mehr spürt bzw. diese nur noch sehr reduziert empfinden kann. Würde er nämlich seine Gefühle so wie vor dem Trauma empfinden, würden ihn seine Ängste und Schmerzen überwältigen.

Bindungstrauma für das Kind.- Für das Kind nun ist die Erfahrung, keinen stabilen und liebevollen emotionalen Bezug zu seiner Mutter aufbauen zu können, selbst eine traumatische Erfahrung. Es protestiert zunächst dagegen mit all seinen Mitteln, es klammert sich an, es wird wütend und resigniert dann schließlich. Das im BPS-Konzept oft im Mittelpunkt stehende Gefühl der „inneren Leere“ ist demnach das Ergebnis der vergeblichen Bemühungen eines Kindes, eine haltgebende und warme emotionale Bindung zu seiner Mutter herstellen zu können. Das Dilemma für das Kind besteht darin, dass es weder eine Bindung aufbauen, noch sich aus seiner Abhängigkeit von der Mutter lösen kann. Daher ziehen sich Kinder ohne Möglichkeit zu einer Bindung zwar einerseits in sich zurück, hoffen aber andererseits darauf, aus ihrer Einsamkeit erlöst zu werden. Dabei werden sie immer misstrauischer, je häufiger die Ansätze zum Aufbau einer verlässlichen Bindung scheitern und je häufiger sie darin enttäuscht wurden.

Das Bindungstrauma bewirkt, dass die ursprünglichen Gefühle eines Kindes (Angst, Wut, Trauer) nicht reifen. Sie bleiben als Gefühlslinien unverbunden nebeneinander bestehen.

Die traumatisierte Mutter.- Eine Mutter ist nicht von Natur aus kalt und unerreichbar. Wenn eine Frau sich ihrem Kind nicht emotional zuwenden kann, dann hat sie selbst eine traumatische Erfahrung gemacht. Als traumatische Erfahrungen kommen in Betracht: sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit, früher Verlust der eigenen Mutter.

„Narzisstische Distanz“.- Um nicht in den Traumastrudel der eigenen Mutter gerissen zu werden, halten sich Kinder oft in einem Sicherheitsabstand von der Seele der Mutter auf. Sie vermeiden es ihrerseits, ins Gefühl zu gehen und versuchen sich durch große Willensanstrengungen und geistige Überwachtheit vor den Traumagefühlen ihrer Mutter zu schützen. Oft geraten sie dabei in einen Machtkampf mit ihrer Mutter – wer ist die stärkere? Solchen Menschen wirken nach außen hin kalt und distanziert und entsprechen dem Bild der „narzisstischen Persönlichkeitsstörung“, in Wirklichkeit sehnen sie sich nach Halt und Geborgenheit.

Depression, Unruhe und Eifersucht.- In den Reaktionsweisen auf eine unerreichbare, weil traumatisierte Mutter scheint es eine geschlechtsspezifische Differenzierung dergestalt zu geben, dass auf die Phase der Unruhe, Angst- und Panikgefühle hin Mädchen sich vermehrt in einen depressiven Verarbeitungsmodus retten, während Jungen ihre Wut über ihr Alleingelassenwerden durch weitere Unruhe und motorische Überaktivität ausagieren. Ein Teil der Kinder, die durch „Hyperaktivität“ auffallen, sind meines Erachtens Kinder ohne Möglichkeit einer sicheren Bindung an ihre Mutter.

Jungen reagieren auch mit größerer Eifersucht auf ihre Geschwister. Sie erleben, dass für sie selbst nicht genug Gefühle von Seiten der Mutter da sind und reagieren mit Wut und Enttäuschung, wenn sie meinen, die Mutter würde einem Geschwister das geben, was sie ihnen vorenthält.

Unerreichbar werden.- Vermutlich ist das Bindungsgeschehen entwicklungspsychologisch gesehen auch ein zeitlich sensibler Vorgang. D.h. falls einem Kind eine sichere Bindung an seine Mutter nicht in den ersten Lebensjahren gelingt, kommt ein Prozess der seelischen Isolation des Kindes in Gang, der durch spätere Bindungs- und Beziehungsangebote nur schwer wieder rückgängig zu machen ist. Der Schmerz der früh erfahrenen Hilflosigkeit, die Mutter emotional zu

erreichen, sitzt tief. Das Kind vermeidet es daher in all seinen späteren Beziehungen, nicht durch zu intensive Nähe und durch enttäuschte Erwartungen wieder an diesen Schmerz zu gelangen. Er macht emotional dicht und wird immer schwerer erreichbar.

Eltern, die zu ihrem Kind dann ohnehin keine innere Beziehung haben, geben in solchen Situation dann leicht auf und lassen es zu, dass das Kind z.B. in ein Heim oder in die Psychiatrie kommt. Für das Kind ist dies der erneute Beweis, von seinen Eltern nicht wirklich gewollt zu sein. Es verschließt sich noch mehr. Im Heim spielt das Kind dann möglicherweise zwar äußerlich mit, ist aber innerlich völlig einsam. Konkret kann dies dann auch so aussehen: Das Kind klammert sich an jemanden an (z.B. an eine Sozialpädagogin in einem Heim), ohne jedoch wirklich Vertrauen zu dieser Person zu haben. Es erwartet im Gegenteil, auch von dieser Person wieder in Stich gelassen zu werden und stellt daher die Beziehung durch seine Verhaltensweisen immer wieder auf eine harte Probe.

Manipulation statt Liebe.- Das Grundgefühl für die seelische Bindung ist Liebe. Sie drückt sich aus in Wärme, Zuneigung, Verständnis, Zugewandtheit. Wer liebt, sieht den anderen als ganze Person und wer geliebt wird, fühlt sich von einem anderen Menschen in seiner ganzen Person gesehen und angenommen. Wer daher das Gefühl der liebenden Bindung nicht kennt, weicht bei der Gestaltung seiner Beziehungen auf andere Mittel aus: auf Macht, Kontrolle und Manipulation. Daher kommt es, dass Kinder ohne liebende Bindung an ihre Eltern z.B. stehlen, um sich dadurch Freundschaften zu erkaufen.

Ersatz von Bindung durch Reden.- Menschen, die sich nicht an ihre Mutter und an ihren Vater binden konnten, sind entweder sehr zurückgezogen und schweigsam oder aber sie reden unablässig. Sie können andere in gewissem Sinne „totreden“. Sie führen auch unablässig Selbstgespräche, d.h. sie kommunizieren mit sich selbst, weil sie niemand haben, von dem sie spüren, dass er wirklich zuhört. Sie monologisieren gewissermaßen ins Leere hinein.

Umschwenken zwischen Charme und Wut.- Weil aufgrund des Bindungstraumas die Gefühle keinen Entwicklungs- und Reifungsprozess und keine Integration erfahren, bleiben sie in einem Nebeneinander von Angst, Wut und Trauer bestehen. Diese Gefühle können daher unmittelbar nacheinander in Erscheinung treten. Die Person ist im Moment vielleicht äußerlich gut gelaunt, erscheint freundlich, zugewandt und charmant, sie kann aber schon in nächsten Augenblick in Wutausbrüche geraten und sich in Hasstiraden ergehen.

Sucht und Selbstmanipulation.- Ein Kind ohne seelische Bindung ist seinen Gefühlen hilflos ausgeliefert. Es wird nicht darin unterstützt, seine Gefühle differenziert wahrzunehmen. Es erlebt sie als unkontrollierbar. Daher kommt es meist zu Versuchen, die als bedrängend erlebten Gefühle durch körperliche Manipulationen (z.B. sich selbst Schmerz zufügen) oder Drogenkonsum zu unterdrücken.

Gewissenlosigkeit und berechnendes Gewissen.- Ein Kind ohne Bindung wird allmählich immer mehr zum Meister der Manipulation. Es lernt immer geschickter zu lügen und zu betrügen. Es kann die Werte seiner Eltern nicht spüren. Sein Handeln wird durch das bestimmt, was ihm im Moment am meisten nutzt. Es entwickelt ein sehr berechnendes nur auf seine Person bezogenes Gewissen. Es kalkuliert egozentrisch. Was mir nutzt ist gut. Was mir schadet, ist schlecht. Wenn andere mir etwas antun, ist das böse. Wenn ich anderen etwas antue, ist das gut. Das Kind lernt immer besser, andere für sich zu funktionalisieren und zu instrumentalisieren. Es bleibt dabei aber immer innerlich klein und wird nicht erwachsen.

Kindliche Erwachsenenbeziehungen.- Auch wenn ein Mensch ohne seelische Bindung an seine Eltern erwachsen wird und mit anderen Menschen sexuelle Beziehungen eingeht, bleibt er seelisch in seinem Kinderzustand fixiert. Beziehungen werden aus sexuellen Impulsen heraus eingegangen und in der Hoffnung, das Alleinsein und die innere Leere zu überwinden. Andererseits ist emotionale Nähe auch bedrohlich. Vor allem Männer scheinen dann wieder an die Enttäuschung im Verhältnis zu ihrer Mutter erinnert zu werden. Sie ziehen sich dann abrupt aus Beziehungen zurück oder bestrafen stellvertretend für ihre Mutter die Partnerinnen.

Frauen hingegen bleiben in einer depressiv passiven Opferrolle und erdulden die Gewalttätigkeiten ihrer Partner, weil sie sich im Grunde als nicht liebenswert erleben und daher froh sind, wenn ein Mann zu ihnen sagt, er liebe sie. Da bindungsunfähige Männer es gelernt haben zu manipulieren, wissen sie sehr gut, was ihre Partnerinnen hören wollen und ihnen die Illusion zu vermitteln, sie zu lieben. Selbst Gewalt und Kindesmissbrauch wird dadurch zu keinem Grund, eine solche Beziehung wirklich zu lösen. Wie sie als Kinder ihre Eltern weder emotional erreichen, noch sich von ihnen wirklich lösen konnten, so leben manche Paare nebeneinander her, unfähig sich zu lieben und unfähig sich zu trennen. Es sind nicht die äußeren Umstände, die das Paar zusammenhalten (z.B. gemeinsame Wohnung, materielle Abhängigkeiten), es sind die Ängste, wieder wie ein Kind verlassen und allein zu sein.

Je nach dem Intelligenzgrad und dem Bildungsniveau der Beteiligten nehmen solche Beziehungen dann entweder nach außen hin geordnet erscheinende Formen an, sind im Inneren aber Manipulations-, Streit-, Hass- und Eifersuchsbeziehungen oder ihre chaotische Qualität zeigt sich auch nach außen hin deutlich in den Formen der Drogensucht, der Asozialität und der Unfähigkeit, für das eigene Leben und das einer Familie zu sorgen.

Weitergabe des Bindungstraumas.- Ein bindungstraumatisierter Mensch kann auf einer körperlichen Ebene zu Mutter oder Vater werden, aber nur schwer auf einer seelischen. Damit ist der Grundstein für die Weitergabe des eigenen Bindungstraumas an die eigenen Kinder gelegt. So wenig, wie ihre Eltern ihre kindliche Not spürten, so wenig fühlen bindungsunfähige Eltern jetzt die Not ihrer Kinder. Sie setzen sie daher auch den Risiken aus, unter denen sie selbst gelitten haben. Eine sexuell missbrauchte Mutter merkt nicht, wenn ihr Mann ihrer Tochter zu nahe kommt. Sie erkennt die tiefgreifenden traumatisierenden Folgen solcher Taten nicht, solange sie selbst nicht begreift, was dies mit ihr gemacht hat.

Für das Kind wiederum kann der sexuelle Missbrauch wie ein Stück Hoffnung auf Bindung und emotionale Nähe erscheinen. Es erduldet den Missbrauch einerseits, weil es muss und weil es bedroht wird. Es erlebt ihn andererseits auch als Chance auf ein bisschen Zuneigung und Liebe.

Scheitern an der unlösbaren Aufgabe.- Was es auch versucht, das Kind kann zu seinen Eltern keine wirkliche Liebesbindung entwickeln und es kann auch seine Eltern nicht zusammenbringen. Es bleibt einsam und alleine. Es überträgt die Abwertungen, die die Eltern sich gegenseitig zufügen, auf sich. Es bekommt in einem Klima von Verdächtigungen, Projektionen und Lügen keine Sicherheit für das, was wahr und was falsch. Es ist verwirrt, weil es nicht weiß, wie es sich richtig verhalten soll und was gut und böse ist.

Sexueller Missbrauch führt dazu, dass es in Bezug auf den eigenen Körper und die eigene Sexualität keine klare Unterscheidung mehr zwischen guten und schlechten Gefühlen treffen kann. Es weiß nicht, ob es noch ein Kind ist oder schon erwachsen. Es kann für seinen eigenen Körper nicht mehr gut sorgen, weil es den Bezug dazu verloren hat. Es überschreitet selbst die eigenen Körpergrenzen, weil andere diese Körpergrenzen niedergerissen haben.

Wenn es mit niemandem reden kann, gerät es immer mehr in die Isolation im Familiensystem und in Zustände innerer Leere und in Depressionsgefühle. Selbstmordversuche entstehen

aus der Verzweiflung, alleine und ohne Rückhalt im Leben zu sein und die innere Anspannung nicht mehr ertragen zu können.

Manche Symptome, die ebenfalls der BPS zugeschrieben werden (z.B. Dissoziationen, Realitätsverlust), können meines Erachtens besser mit dem Traumakonzept diagnostiziert werden (Butollo, Krüsmann, Hagl, 1998).

Das Kind bindungsunfähiger Eltern wird aufgrund der Erfahrungen mit seinen Eltern selbst wiederum bindungs- und beziehungsunfähig. Frauen werden so leichter zu Prostituierten, Männer zu rücksichtslosen Gewalttätern. In der rauen Schale von weiblicher Herzlosigkeit oder unter dem Deckmantel von männlichen Omnipotenzphantasien und Gewalttätigkeiten aber steckt ein hilfloses und einsames Kind.

4.2 Emotionales Verhungern: Magersucht

Magersucht bei Mädchen und jungen Frauen - 80 – 90% aller Magersüchtigen sind weiblichen Geschlechts - lässt sich heutzutage hinter Schlankkeitsidealen gut verstecken. Und da der Körper das Aushungern erstaunlich lange mitmacht, wird Magersucht häufig erst auffällig, wenn schwerwiegende körperliche Krankheitssymptome zu Tage treten: „... eine Unterernährung führt zum Angriff der Eiweißdepots, beispielsweise des Herzens oder des Gehirns, und zu teilweise irreversiblen Organschäden. Durch bildgebende Verfahren wie die Computertomographie konnte gezeigt werden, dass das Gehirn bei ausgeprägter Unterernährung schrumpft und sich die mit Gehirnflüssigkeit gefüllten Hohlräume entsprechend erweitern. Durch die Auszehrung kann sich der Stoffwechsel verändern, die Haare können ausfallen, die Haut kann austrocknen, der Körper auskühlen und sich mit einer Flaumbehaarung schützen, der Blutdruck abfallen und die Regelblutung aussetzen. ... aufgrund der mangelnden Nahrungszufuhr magern die Mädchen häufig so stark ab, dass ihr Gewichtszustand lebensbedrohlich wird. Eine zusätzliche Infektion kann den Körper in diesem Zustand dermaßen schwächen, dass er sich nicht mehr gegen die Krankheit wehren kann.“ (Wardetzki, 1996, S. 37)

Zwangsernährung um das Sterben einer Magersüchtigen zu verhindern, sind daher oft eine erforderliche lebensrettende Maßnahmen. Das eigentliche Problem wird damit aber nicht gelöst.

Offizielle diagnostische Leitlinien.- Im ICD 10 wird Magersucht („Anorexia nervosa“) vorwiegend medizinisch-körperbezogen diagnostiziert. Die diagnostischen Leitlinien sind:

„1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten (...) oder Quetelex-Index von 17,5 oder weniger. ...

2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:

- a. Vermeidung von hochkalorischen Speisen; ...
- b. selbst induziertes Erbrechen;
- c. selbst induziertes Abführen;
- d. übertriebene körperliche Aktivitäten;
- e. Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika.

3. Körperschema-Störung ... die Angst, dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; ...

4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. ...

5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert und gehemmt. ...“ (Dilling, Mombour und Schmidt, 1994, S. 200)

Beim Quetelex-Index wird das Körpergewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat dividiert.

Magersüchtiges Verhalten kann einerseits bis zum Tod durch Verhungern führen, es schlägt aber oft auch um in die sog. Bulimie, in ein abwechselndes Sich-Vollfressen und dann gleich wieder Erbrechen des Gegessenen. Auch hierzu die diagnostischen Leitlinien laut ICD 10:

„1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.

2. Die Patientin versucht dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern; selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. ...

3. Eine der wesentlichen psychopathologischen Auffälligkeiten besteht in der krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder ‚gesund‘ betrachteten Gewicht.“ (a.a.O., S. 202)

Schlankkeitsideal?.- Die wahnhaftige Wahrnehmung, der eigene Körper sei zu dick, ist wie bei vielen Symptomen „psychischer Störungen“ nur ein Ausdruck von etwas anderem, nur die Oberfläche nicht aber der Grund. Mit der Orientierung an gesellschaftlich vermittelten Schlankkeits- und Schönheitsidealen hat die Magersucht wenig zu tun. Zwar mögen Werbebilder, in denen superschlankes Modell als begehrenswerte Frauen gezeigt werden, die Phantasie pubertierender Mädchen und junger Frauen anregen, genauso schlank und schön und damit begehrenswert zu werden. Was aber hat der Anblick einer abgemagerten jungen Frau, der eher an KZ-Opfer erinnert, mit den Vorbildern aus den Modemagazinen zu tun? Blicken Magersüchtige in den Spiegel, finden sie sich selbst nicht schön. Sie finden sich immer noch – in einer wahnhaften Verkennung der Realität - zu dick. Wenig Gewicht zu haben, ist für sie kein Mittel zum Zweck, für andere attraktiver und begehrenswerter zu wirken, es erscheint als sinnloser Selbstzweck. Was also ist die wahre Ursache des Schlankkeitswahns?

Äußere Ordnung überdeckt emotionales Chaos.- Dass die Familie, in der Magersüchtige aufwachsen, einen wesentlichen Beitrag für die Entstehung dieser Essstörung beitragen, gehört mittlerweile zu den anerkannten Erkenntnissen in Fachkreisen. Im folgenden Zitat einer Betroffenen wird deutlich, wie sie darunter leidet, dass zwar äußerlich in der Familie alles seine Ordnung hat, sie jedoch emotional in dieser Ordnung verkümmert und sich persönlich und auch ihre Mutter darin nicht spürt. Es ist eine kalte und funktionale Ordnung ohne emotionale Wärme und Nähe.

"Alles, was in unserer Familie passiert, ist geregelt, vom frühen Morgen bis zum späten Abend, so war es früher und so ist es auch noch heute. Wir müssen fragen, wenn wir Kaffee kochen, wenn wir ein Brot oder einen Joghurt essen wollen. Alles im Kühlschrank ist für irgendeinen Anlass bestimmt. ... Es gelten ungeschriebene Gesetze überall und ich rühre nichts an, was mir nicht zugeteilt ist. Freunde anrufen geht nicht, Telefongespräche, die sich vermeiden lassen, sollten auch nicht geführt werden. Ich durfte meinen Schulranzen nicht im Treppenhaus abstellen. Gebadet wurde nur samstags. Die Spülmaschine wurde ausgeräumt, wenn sie fertig war, egal zu welcher Tageszeit. Die Küche wurde saubergemacht, sobald man fertig gegessen hatte, egal, was man sonst vorhatte. ... Hagebuttenmarmelade gab es nur im Winter, Kuchen und Frühstückseier nur sonntags. ... Eine Welt ohne Ordnung ist Chaos, deshalb bezeichnete meine Mutter meinen Bruder und mich oft als Chaoten; mein Bruder mag nämlich Frühstückseier auch unter der Woche."

Scheinharmonie.- Im folgenden Zitat einer Magersüchtigen wird deutlich, dass die Familien, in denen Magersüchtige groß werden, nach außen hin ein einträchtiges Bild abgeben, nach innen jedoch Konflikte da sind, die nicht ausgetragen und geklärt werden können und dürfen. "Bei uns zu Hause wurde niemals gestritten. Das hätte den Familienfrieden gestört. Aber unsere Stimmung war alles andere als gelöst und heiter, sie war fast immer gespannt und bedrückend. Jedes Wort wurde auf die Goldwaage gelegt, Kritik nie offen ausgesprochen. Diskussionen im Kreis der Familie fanden niemals statt. In meiner Familie passierte fast alles hinter dem Rücken dessen, der gerade nicht anwesend war. Man erfuhr niemals genau, was wer im einzelnen wusste. Gefühle wurden bei uns nicht gezeigt, höchstens in Form von Angst und Enttäuschung. Eigentlich gab es überhaupt keine Gemeinschaft." Wenn aber Konflikte um jeden Preis vermieden werden, so weist dies daraufhin, dass die Konflikte von den Beteiligten, also insbesondere vom Elternpaar, als nicht lösbar erlebt werden. Das Paar sieht sich nicht in der Lage, seine Beziehungskonflikt zu thematisieren, weil es keine Chance für eine Klärung sieht.

Magersüchtige Kinder gibt es daher oft in Familien, die zu den gehobeneren Gesellschaftsschichten zählen, in denen der Schein der heilen Familie nach außen gewahrt wird, um das eigene Ideal einer glücklichen Familie und auch den gesellschaftlichen Statut nicht zu gefährden. Gerlinghoff und Backmund (1995) zählen folgende Charakteristika von Familien Magersüchtiger auf:

- Grenzüberschreitungen und Koalitionen zwischen den Generationen und innerhalb der Subsysteme,
- keine Duldung von Zweierbeziehungen,
- hoher Stellenwert von Krankheit, Leistung und äußerem Erscheinungsbild,
- asketisches Familienideal, Verleugnung eigener Wahrnehmungen, Bedürfnisse und Gedanken,
- rationale Widerlegung und Missachtung direkt geäußerter Bedürfnisse,
- Verhinderung von Autonomie, um den anderen vorgeblich vor Misserfolgen zu bewahren,
- Leugnung aggressiver Gefühle und von Konflikten,
- keine Vermittlung unbedingter Wertschätzung.

Verstrickung der Kinder bis zum sexuellen Missbrauch.- In dieser spannungsgeladenen Familienatmosphäre versuchen die Kinder, ihren Beitrag zu leisten, den inneren Zusammenhalt herzustellen. Sie bemühen sich, Spannungen abzubauen, die Eltern zufrieden zu stellen und fühlen sich für das Glück ihrer Eltern verantwortlich. "Die später Magersüchtigen fühlen sich für alle und alles verantwortlich. Sie glauben, verantwortlich zu sein für das Glück der Mutter, die Aufrechterhaltung der Ehe der Eltern, das Benehmen der Geschwister, den Familienfrieden und die Familienharmonie." (Gerlinghoff und Backmund, 1994, S. 76)

Die Kinder werden so zu Eltern oder Partnern ihrer Eltern. „Magersüchtige lassen sich in Bündnisse und Verantwortlichkeiten locken, die ihnen nicht entsprechen und sie überfordern.“ (a.a.O., S. 76) Sexuelle Kontakte zwischen Vater und Tochter werden auf diese Weise emotional vorbereitet. Die Tochter übernimmt zuweilen für ihre Mutter die Aufgabe, den Vater auch sexuell zu befriedigen und zu trösten. Daher findet sich bei Magersucht häufig sexueller Missbrauch im Hintergrund. Mit dem Aufweisen dieses Zusammenhangs soll dem Kind, also insbesondere der Tochter, allerdings keine Verantwortung für den sexuellen Missbrauch zu gewiesen werden. Diese bleibt im vollen Umfang beim Erwachsenen, also beim Vater. Dennoch macht die Verdeutlichung des systemisch-emotionalen Zusammenhangs verständlich, warum Magersüchtige sich seelisch oft nicht von ihrem Vater lösen können und daher auch nicht in der Lage sind, den Missbrauch ihrer Mutter oder anderen Erwachsenen mitzuteilen und ihn damit zu beenden. Selbst als erwachsene Frauen bleiben manche Töchter auf ihren Vater emotional völlig fixiert und sie begreifen nicht, dass sie ihn gefühlsmäßig nicht wirklich erreichen können.

Symbiotisches Anklammern.- Um ihrer Mutter nahe zu kommen, klammern sich Magersüchtige oft wie Kletten an diese. Sie möchten am liebsten eine Symbiose mit ihr eingehen. "Ich fürchte, dass ich durch eine unsichtbare Kraft mit meiner Mutter zusammengekettet bin und folglich immer den gleichen Weg wie sie einschlagen muss. Einen anderen Weg für mich zu finden, kann ich mir nicht vorstellen." Eine andere Magersüchtige erzählt: "Besonders eng war die Beziehung meiner Mutter zu mir. Ich frage mich, ob sie mich jemals als ein eigenes Wesen betrachtet hat. Wir waren eine Einheit, meine Mutter war ich, und ich war meine Mutter."

Dieses Anklammern wird umso stärker, je weniger es von der Mutter mit Liebe beantwortet werden kann. Je mehr das Kind an Gefühlen will, desto mehr erstarrt die Mutter innerlich. Magersucht ist schließlich das äußerste Mittel, dass vor allem von Töchtern eingesetzt wird, um ihre Mütter zu einer emotionalen Öffnung zu bewegen und eine Bindung zu erzwingen.

Aus diesem Grund kommt es auch häufig zu einer ausgeprägten Geschwisterrivalität um die Gunst der Mutter. Mit schulischen und sportlichen Leistungen versuchen sich Geschwister gegenseitig zu übertrumpfen. Selbst das Hungern wird zu einem Wettbewerb zwischen Geschwistern, wie ich im Beispiel eines magersüchtigen Klienten erfahren konnte.

Angst vor der Weiblichkeit?.- Aus der Tatsache, dass magersüchtiges Verhalten bei Mädchen vor allem in der Pubertät auffällig wird und zu einer Verzögerung der Geschlechtsreife und der Ausbildung sekundärer Geschlechtsmerkmale führt, schließen einige Autoren auf die Angst der Magersüchtigen vor ihrer weiblichen Sexualität bzw. vor der Übernahme der Frauenrolle. Begründet wird dies mit dem Hinweis, die Magersüchtigen erlebten ihre Mutter als abschreckendes Vorbild und wollten daher nicht einmal auch so werden wie diese. Welche Kinder aber wollen – gerade in der Pubertät – genauso werden wie ihre Eltern? Glauben Kinder nicht eher, sie würden später als Erwachsene alles anders und viel besser machen als ihre Eltern? Ein negatives Vorbild könnte ebenso gut Ansporn für eine selbständige Entwicklung sein. Daher scheint es mir eher naheliegend, dass ein magersüchtiges Mädchen sich seelisch nicht aus seiner Kinderrolle lösen kann. Die seelische Aufgabe, die Mutter emotional zu erreichen, wenn schon nicht ihre Liebe, so doch zumindest ihre Anerkennung zu bekommen, bleibt das dominierende Entwicklungsziel. Erwachsenwerden käme erst danach.

Wenn man jedoch davon ausgeht, dass die Mutter ihre Weiblichkeit nicht annehmen kann, weil sie selbst sexuelle Übergriffe und Missbrauchserfahrungen machen musste, so kann von ihr die Botschaft ausgehen, eine Frau zu sein, ist gefährlich. Diese Botschaft kann beim Kind unbewusst ankommen. "Viele Magersüchtigen beschreiben ihre Mütter als unerotische, vernunftorientierte Frauen, die ihnen Liebe und Sexualität als etwas Schmutziges, Bedrohliches und Entwürdigendes vermitteln." (Gerlinghoff und Backmund, 1994, S. 76).

Kampf um Autonomie?.- Es dürfte nach dem zuvor Gesagten deutlich werden, dass das häufig verwendete Argument, magersüchtiges Verhalten als einen Kampf um Selbständigkeit und Autonomie zu interpretieren, wenig plausibel ist. Zitate wie das folgende werden dafür als Beleg zitiert: „In meiner Magersucht fand ich zum erstenmal etwas, was mir alleine gehörte.“ Warum aber würden Magersüchtige dann ihr Erwachsenwerden und ihren Auszug aus der Familie so extrem hinauszögern, wenn es ihnen um Selbständigkeit und Autonomie ginge? Wie schon Hilde Bruch (1986) feststellte, äußerten viele der von ihr befragten Frauen Angst, die Familie könnte durch ihre Abwesenheit von zuhause (z.B. für das Studium im College) zerbrechen. Und warum sich der vermeintliche Abnabelungsversuch Magersüchtiger ausgerechnet in einer Selbstzerstörung des eigenen Körpers einen Ausweg suchen sollte, bleibt bei diesem Theorieansatz ebenso eine unbeantwortete Frage.

Verhungern vor dem gedeckten Tisch.- Während in manchen Ländern Kindern tatsächlich an Nahrungsmangel verhungern, gehen in den hochzivilisierten Nationen Kinder häufig am Mangel an emotionaler Nahrung zugrunde. Dass dies eine Folge davon ist, dass ihre Mütter häufig selbst Bindungstraumen erlebt haben, wurde in Kapitel 4.1 bereits erwähnt. Die Nahrungsverweigerung ist meines Erachtens daher der Versuch eines Kindes, auf seine emotionale Not aufmerksam zu machen und sich die Zuwendung seiner Mutter zu ertroutzen.

Der ursachenorientierte Weg zu einer Überwindung der Magersucht führt daher am ehesten über die Mutter. Wenn diese ihr Bindungstrauma therapeutisch bearbeitet, ist auch der Weg für eine emotionale Bindung zwischen ihr und ihrer Tochter frei. Das Wahnhafte an der Magersucht kann sich auflösen, wenn das Geheimnis, das ihr zugrunde liegt, ans Licht kommt. Nach meiner Erfahrung ist es meist sexuelle Gewalt und sexueller Missbrauch an den Müttern oder Großmüttern der Magersüchtigen, über den diese nicht sprechen können. Sie geben ihre Traumaerfahrung dadurch unbewusst weiter bzw. erstarren innerlich, wenn sie in Kontakt mit Gefühlen kommen. Dadurch verhungern ihre Kinder emotional vor ihnen.

4.3 Sein Leben ein Kampf: Adolf Hitler

„Ich habe immer das Gefühl, dass der Mensch, solange ihm das Leben geschenkt ist, sich sehnen soll nach denen, mit denen er sein Leben gestaltet hat. Was aber würde mein Leben sein ohne euch! Dass ihr mich einst gefunden habt, und dass ihr an mich glaubt, hat eurem Leben einen neuen Sinn, eine neue Aufgabe gestellt! Dass ich Euch gefunden habe, hat mein Leben und meinen Kampf erst ermöglicht.“

„Wie fühlen wir nicht wieder in dieser Stunde das Wunder, das uns zusammenführte! Ihr habt einst die Stimme eines Mannes vernommen, und sie schlug an eure Herzen, sie hat euch geweckt, und ihr seid dieser Stimme gefolgt. Ihr seid ihr jahrelang nachgegangen, ohne den Träger der Stimme auch nur gesehen zu haben; ihr habt nur eine Stimme gehört und seid ihr gefolgt. Wenn wir uns hier treffen, dann erfüllt uns alle das Wundersame dieses Zusammenkommens. Nicht jeder von euch sieht mich und nicht jeden von euch sehe ich. Aber ich fühle euch und ihr fühlt mich! Es ist der Glaube an unser Volk, der uns kleine Menschen groß gemacht hat, der uns arme Menschen reich gemacht hat, der uns wankende, mutlose, ängstliche Menschen tapfer und mutig gemacht hat; der uns Irrende sehend machte und der uns zusammenfügte!“

Wer dies liest oder hört, wird auf Anhub kaum vermuten, dass es sich um die Worte Adolf Hitlers handelt. Tatsächlich aber sind es Passagen aus seinen Reden auf den Parteitaggen 1937 und 1936 (entnommen aus: Fest, J. 2001, S. 733).

Meines Erachtens zeigt sich darin seine tiefes Bedürfnis nach Bindung, das er aber auf diese Weise auch nicht befriedigen kann. Er steht in großer Distanz erhoben einer namenlosen Masse gegenüber, er sieht niemand wirklich. Er gibt ein Psychogramm seines inneren Zustandes wieder („klein“, „arm“, „wankend“ ...) und sieht sich zumindest im Moment am Ziel seiner Wünsche einer wahren und dauerhaften Verbindung. Er wird von jemand anderen gesehen. Bei solchen Anlässen schwelgte er in einer Phantasie von Einigkeit, die er im Grunde und in der Wirklichkeit aber immer nur durch Gewalt und Krieg herstellen konnte.

Adolf Hitler zeigt auch viele andere Merkmale bindungstraumatisierter Menschen. Er war emotional äußerst labil, konnte zwischen großem Charme und heftigen Wutausbrüchen unmittelbar umschwenken, war oft in sich versunken, zeigte kaum Mitgefühl mit anderen Menschen, war medikamentenabhängig und in seinem Verhältnis zu Frauen unreif und gehemmt. Er benutzte Menschen und ließ im Grunde keinen an sich heran.

Meine These, Hitler habe als Kind ein Bindungstrauma erlitten, stützt sich auf die Situation in seiner Herkunftsfamilie. Ich nehme an, dass er sich an seine Mutter nicht wirklich emotional binden konnte, weil diese durch den Tod von drei Kindern 14 Monate vor Hitlers Geburt

traumatisiert war. Wenn Hitler als Kind die Seele seiner Mutter suchte, so fand er sie vermutlich bei seinen drei innerhalb von zwei Wochen durch eine Diphtherie-Infektion ersticken Geschwistern. Die Faszination Hitlers für Tod und Untergang und seine Panik vor Schwäche und „schlechtem Blut“ könnten darin ihren Ursprung haben. Der früher Tod seiner Mutter besiegelte Adolf Hitlers Schicksal, ohne wirklichen gefühlsmäßigen Bezug zu sein.

Auch zu seinem Vater hatte Hitler keine vertrauensvolle emotionale Bindung. Er lehnte seinen Vater eher ab, der als oft jähzornig und tyrannisch beschrieben wird. Er trauerte nicht um seinen Vater, der verstarb, als er selbst erst 14 Jahre alt war (Fest, 2001). Er verzieh seinem Vater nie, dass er ihn durch seine strenge Erziehung gedemütigt hatte (Miller, 1981).

Hitler wollte groß sein, beachtet und gesehen werden. Zunächst wollte er als Maler und Künstler auf sich aufmerksam machen. Als ihm dies durch die Ablehnung der Aufnahme auf die Wiener Kunstakademie verwehrt war und er auch nicht wagte, die Hände zu ergreifen, die sich ihm wohlwollend entgegenstreckten, war er zunächst völlig verzweifelt. Die Wirren des 1. Weltkriegs, der Zusammenbruch der Monarchien in Österreich und Deutschland spielten ihm aber die historische Chance zu, seine Charakterzüge aus einer Mischung von Gewissenlosigkeit und berechnendem Entgegenkommen zu nutzen, andere für seinen „Kampf“ gegen die eigene innere Haltlosigkeit und seine Angst vor dem Schwach- und Kleinsein zu instrumentalisieren. Er konnte sie dazu verführen, weil sie sich selbst schwach und gedemütigt fühlten und an die Illusion eigener Größe in einem wiedererstarkten Deutschland all zu gerne glaubten.

Adolf Hitler war ein Paradebeispiel für die Strategie bindungstraumatisierter Kinder, andere Menschen durch Reden in eine Beziehung zu sich zu zwingen: „Es ist nur ein anderer Aspekt des gleichen sozialen Verarmungsvorgangs, dass in seiner Gegenwart kein Gespräch möglich war: Entweder, so ist verschiedentlich bezeugt, sprach Hitler, und alle anderen hörten zu: oder alle anderen unterhielten sich, und Hitler saß gedankenverloren dabei, apathisch, abgeriegelt gegenüber der Umwelt, ohne die Augen aufzuschlagen ... ‚Er ließ einen nicht zu Wort kommen, er unterbrach einen ständig, er sprang in beispielloser Gedankenflucht von einem Thema zum anderen.‘ So weit ging seine Unfähigkeit anderen zuzuhören, dass er nicht einmal die Reden ausländischer Politiker am Radio verfolgte, widerspruchsentwöhnt kannte er nur Absenzen oder Monologe.“ (Fest, 2001, S. 742)

Auch von Richard Wagner wird berichtet, dass er nicht zuhören konnte und stundenlang auf andere einredete. Vielleicht erklärt sich dadurch Hitlers Vorliebe für Wagners Musik, die sich ja auch quasi ohne Punkt und Komma über Stunden ausdehnt. Für eine ausführlichere Erörterung zu Adolf Hitler verweise ich auf mein Buch „Verwirrte Seelen“ (Ruppert, 2002)

5 Therapieansätze

Wie bei jeder seelischen Erkrankung entwickeln die psychotherapeutischen Schulen aus ihrem unterschiedlichen Verständnis einer Krankheit auch unterschiedliche Therapieansätze.

Freud – wenig Hoffnung.- Freud hielt die sog. Charakterstörungen bzw. „narzistischen Neurosen“ nicht für behandelbar, weil die „libido“ bei diesen Menschen ganz auf sich zurückgezogen sei. Dies führe dann zu „Überich-Isolierung“ und „Gewissenlosigkeit“ mit der Folge, dass der Patient keine „Übertragung“ libidinöser Energien auf den Therapeuten („Objektbesetzung“) zustande bringen könne und somit auch keine Bearbeitung von Veränderungs-„widerständen“ in der therapeutischen Beziehung möglich sei.

Kernberg – Übertragung und Gegenübertragung.- Entsprechend seinem triebtheoretischen psychoanalytischen Ansatz schlug Kernberg (1993) zunächst vor, Aggressionen zu reduzieren, zu kanalisieren und zu integrieren. In seinen neueren Publikationen erläutert er ein differenziertes

psychodynamisches Vorgehen, das wesentlich auf dem Konzept der Übertragung von Beziehungskonflikten des Patienten auf den Therapeuten beruht: „Die wesentlichen der Psychoanalyse entlehnten und modifizierten Techniken dieser psychodynamischen Psychotherapie sind

- Interpretation,
- Übertragungsanalyse,
- Technische Neutralität.

Die Interpretationstechnik setzt sich zusammen aus einer Klärung des subjektiven Erlebens des Patienten, einer taktvollen Konfrontation des Patienten mit Aspekten seines nonverbalen Verhaltens, die von seinem subjektiven Erleben dissoziiert oder abgespalten sind, einer Interpretation im „Hier-und-Jetzt“ der hypothetischen unbewussten Bedeutungen des Gesamtverhaltens des Patienten ...

Die Übertragungsanalyse besteht in der Klärung, Konfrontation und Interpretation unbewusster pathogener internalisierter Objektbeziehungen aus der Vergangenheit, die typischerweise bereits sehr früh in der Beziehung mit dem Therapeuten aktiviert werden. ... Die Übertragung reflektiert die Verzerrung der initialen Therapeut-Patient-Beziehung durch das Auftauchen einer unbewussten phantasierten Beziehung aus der Vergangenheit des Patienten, die dieser unabsichtlich und ungewollt in der aktuellen Behandlungssituation ausagiert. ...

Die technische Neutralität bezieht sich darauf, dass der Therapeut kein die unbewussten Konflikte des Patienten betreffende (eigene) Position bezieht, sondern ihm aus einer neutralen Position heraus dabei hilft, seine Konflikte zu verstehen. In diesem vollständigen emotionalen Eingehen auf den Patienten – genauer gesagt: in seinen Gegenübertragungsreaktionen (vgl. Kap. 1.7) – kann der Therapeut heftige Gefühle erleben und die Versuchung verspüren, auf die Übertragungsangebote des Patienten in bestimmter Weise zu reagieren. Indem der Therapeut aber seine Gegenübertragungsgefühle dazu nutzt, die Übertragung besser zu verstehen, ohne in deren „Messer“ zu laufen, interpretiert er die Bedeutung dieser Übertragung aus einer Position teilnehmender Objektivität.“ (Kernberg, 2000, S. 454 f.)

Eckert – das gequälte Kind sehen.- Aus Sicht eines Vertreters der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie, die auf Carl Rogers zurückgeht, gilt es, dem Patienten das Erleben von Wut als natürliche Reaktion auf erlittenen psychischen Schmerz verstehbar und den Zusammenhang zwischen Wut und existentieller Bedrohung des Selbst bewusst zu machen. „Die vorrangige Aufgabe eines klientenzentrierten Psychotherapeuten bei der Behandlung von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung lautet: Rette Deine Bedingungsfreie Anerkennung.“ (Eckert, 1998, S. 6) Der Patient braucht also trotz seiner fortgesetzten problematischen Verhaltensweisen das Wohlwollen des Therapeuten. Dieser darf ihn nicht, wie viele andere, verurteilen und von sich wegstoßen.

Stauss – Kontrakte schließen und Traumata aufarbeiten.- Als Leiter der psychosomatischen Klinik in Bad Grönenbach entwickelte Stauss das Konzept einer dialogischen Psychotherapie mit starken Bezügen zur Philosophie Martin Bubers (Stauss, 1993). In einem stationären Setting wird in der Basisphase durch Verträge ein Arbeitsbündnis mit dem Patienten hergestellt. In der Kernphase werden die strukturellen Funktionen verbessert (Selbst- und Objektwahrnehmung, Selbststeuerung, Kommunikation, Erwerb adäquaterer Schutz- und Regulationsfunktionen). Die Verarbeitung und Integration der unerledigten traumatisierenden Erfahrungen und Veränderung relevanter interner Repräsentationen (Personenschemata, Beziehungsschemata, Lebensskripten) wird gefördert. „In der Abschiedsphase treten Themen der sozialen Nachsorge in den Vordergrund.“ (Votsmeier, 1998, S. 12)

Traumatherapie – das Abgespaltene integrieren.- Eine seelische Traumatisierung ist ein Vorgang, der auch im Gehirn und im Nervensystem Wunden schlägt und Narben hinterlässt. D.h.

ein Trauma hat auch eine körperliche Seite. „Die äußere Gefahrensituation (das „Trauma“) wird von den Nervenzell-Netzwerken der Hirnrinde und des limbischen Systems zum Alarmbild eines Super-GAU komponiert. Dieses Alarmbild brennt sich in den Gedächtnisspeicher des „Zentrums der emotionalen Intelligenz“, das heißt in der Amygdala ein (die zum limbischen System gehört): In der Amygdala kommt es dadurch erstens zu einer dauerhaften Erhöhung der Ansprechbarkeit („Sensibilisierung“) von Alarm-Nervenzellen und zweitens zu einer bleibenden Super-Verstärkung von Nervenzell-Kontakten (Synapsen), und zwar vor allem von solchen Synapsen, die Botenstoffe in Richtung der Alarmzentren des Gehirns (Hypothalamus und Hirnstamm) ausschütten. Praktisch bedeutet dies, dass die Amygdala durch das Traumaerlebnis eine bleibende Erhöhung ihrer Empfindlichkeit zurückbehält. Der „set point“ ist verstellt: Sowohl die Seele als auch ihr emotionaler Gedächtnisspeicher, die Amygdala, reagieren auf Alarmsituationen von nun an viel empfindlicher als zuvor. Manchmal reagieren sie jetzt sogar dann, wenn in der äußeren Situation des Betroffenen scheinbar gar nichts Gefährliches vorhanden ist.“ (Bauer, 2002, S. 188 f.)

Bei Vorliegen eines Bindungstraumas, auch kombiniert mit (sexuellen) Gewalterfahrungen ist die Kenntnis traumatherapeutischer Konzepte von großer Bedeutung. In den letzten Jahren wurde eine ganze Reihe von traumatherapeutischen Verfahren entwickelt:

- „Eye Movement Desensitization Reprocessing“ (EMDR): Bei diesem Verfahren werden Erinnerungen an ein Trauma wachgerufen und durch von einem Therapeuten angeleitete Augenbewegungen in ihrer Wirksamkeit gleichsam gelöscht. Diese Technik wurde von Francine Shapiro entwickelt und patentiert (Shapiro und Forrest, 1998). Die Wirkung dieser Technik beruht auf der Annahme, dass in einer Traumasituation Strukturen im Stammhirnbereich verändert und blockiert werden und dass diese durch Augenbewegungen wieder in ihre Funktion gesetzt werden können und es dadurch zu einer besseren Verbindung zwischen den beiden Gehirnhälften komme. „Muller entwickelte die Hypothese, dass eine Borderline-Persönlichkeitsstörung das Resultat einer mangelhaften Integration der beiden Hemisphären sein kann. ... Eine mangelhafte Integration der rechten und der linken Hemisphäre könnte zu einer Fehlwahrnehmung von Affekten führen und eine Situation begünstigen, in der die rechte und die linke Hälfte des Kortex nicht optimal kooperieren, wodurch intrapsychische Konflikte und Spaltungen entstehen können. Da EMDR die Aktivität des Corpus callosum zu stimulieren scheint (van der Kolk 1997a), deutet dies darauf hin, dass EMDR eine effektive Behandlungsmethode für Klienten sein könnte, die in ihrer Kindheit sexuellen Missbrauch oder Vernachlässigung erlitten haben (Manfield, 2000, S. 22)
- Imagination als heilsame Kraft: Vor allem die Selbstheilungskräfte ihrer Patientinnen zu fördern, ist der Ansatz von Luise Reddemann. Ihr erscheint wichtig, „dass Therapeuten und Therapeutinnen darauf achten, nicht die Arbeit zu tun, die die Patientin oder der Patient zu tun haben. ... Es empfiehlt sich, der Patientin so viel wie möglich zuzutrauen, ohne sie zu überfordern. Sie bestimmt das Tempo.“ (Reddemann, 2001, S. 18 f.)

In der konkreten Arbeit setzt Reddemann verschiedene therapeutische Techniken ein, welche die Ressourcen für eine Traumabewältigung fördern sollen: Gegenbilder zu den Schreckensbildern finden, Körperwahrnehmungsübungen, sichere Orte und innere Helfer finden, Mitgefühlsübungen, mit sich selbst Frieden schließen. Erst wenn die Patientinnen über genügend heilsame innere Bilder verfügen, ist es nach Reddemann sinnvoll, eine Konfrontation mit den erlebten Traumata zu beginnen. „Voraussetzung für Traumakonfrontation ist, dass jemand ausreichend Sicherheit zur Verfügung hat. Und zwar Sicherheit in der Beziehung oder den Beziehungen zur Außenwelt, Sicherheit in der Beziehung zur Therapeutin und in der Beziehung zu sich selbst. Sicherheit in der Beziehung zur Außenwelt bedeutet, es darf keine Täterkontakte mehr geben. Gibt es sie, ist eine Traumakonfrontation sinnlos und eventuell sogar gefährlich.“ (a.a.O., S.105)

Für die unmittelbare Traumakonfrontation verweist Reddemann auf Techniken wie das EMDR, die "Bildschirmtechnik" (das Trauma wie auf einem Bildschirm ansehen und bei Bedarf per Fernbedienung abschalten können) und die „Beobachter-Technik“ (etwas von außen ansehen).

Aufstellungen.- Ich habe den Ansatz der systemischen Psychotraumatologie aus meinen langjährigen Erfahrungen mit Aufstellungen heraus entwickelt. Aufstellungen machen sichtbar, wie sich Bindungstraumen über Generationen hinweg in Familiensystemen entwickeln. Sie ermöglichen einen Blick auf das Ganze und vermeiden somit eine vorschnelle Einteilung in Täter und Opfer, Schuldige und Unschuldige. Gerade dadurch werden Tat und Schuld am Ende klar benennbar.

Aufstellungen sind in meinen Augen auch deshalb bei Bindungstraumen eine sinnvolle therapeutische Möglichkeit, weil dadurch Lösungen nicht nur einzelne, sondern für gesamte Bindungssysteme gesucht werden können. Es können traumatisierende Verstrickungen erkannt und einer Lösung zugeführt werden.

Zudem entspricht die Arbeit mit Aufstellungen auch den Erkenntnissen, die andere traumatherapeutische Verfahren als hilfreich benennen:

- Beobacherteknik: Der Aufstellende erlebt seine eigene Geschichte von Stellvertretern dargestellt von außen. Er sieht sich selbst und kommt damit in Kontakt mit Gefühlen, die er abgespalten hat.
- Kontrollierte Heranführung an das Trauma: die Stellvertreter spiegeln dem Patienten wesentliche Teile seiner Trauma-Erfahrungen wieder, er kann sie aufnehmen, er kann sich aber auch innerlich zurückziehen, wenn es ihm zu viel wird.
- Arbeit mit dem Anliegen: die Patientin bestimmt selbst, was sie im Moment sehen möchte, wo sie mit Hilfe einer Aufstellung hinschauen möchte.
- Lösungs- und Ressourcenorientierung: das Ziel einer Aufstellung ist das Finden einer Lösung für ein Anliegen einer Patientin. Neben den traumatisierenden Bindungen erscheinen in der Regel auch Bindungen, die liebevoll und heilsam sind (z.B. können sich Geschwister gegenseitig stützen, deren Eltern emotional nicht erreichbar sind).

Gerade wenn es um Bindungstraumen geht und damit auch Themen wie Gewalt und sexueller Missbrauch zur Sprache kommen, bedarf es viel therapeutischen Fingerspitzengefühls und langjähriger Erfahrungen mit Aufstellungen, um mit dieser Methode hilfreich wirken zu können. Oft ist es sinnvoll, Patienten eine Aufstellung in einer Gruppe erst nach vorbereitenden Einzelsitzungen anzubieten und auch für eine nachfolgende Begleitung des Traumatransformationsprozesses zur Verfügung zu stehen.

Bei der Arbeit mit Aufstellungen bei bindungstraumatisierten Patienten ist es besonders wichtig, lösungs- und ressourcenorientiert zu arbeiten und eine Retraumatisierung zu vermeiden. Die radikale Art Hellingers, gängige moralische Bewertungen, z.B. bei sexuellem Missbrauch, im Aufstellungsprozess zugunsten heilender Bilder außen vor zu lassen, wirkt auf viele provozierend, ist im Sinne einer Traumatherapie aber angezeigt (Hellinger, 2000). Hellinger zu verdächtigen, zugunsten patriarchalischer Gesellschaftsstrukturen zu wirken, übersieht meines Erachtens das Wesen seines therapeutischen Vorgehens. Er schaut auf das, was die Seele eines Patienten stärkt und vermeidet, was sie schwächt. Er blickt auf das, was im Ganzen (z.B. innerhalb einer Familie) heilsam ist und nicht nur für eine einzelne Person.

Therapie mit Tätern.- Psychotherapie bei Bindungstraumen ist in der Regel eine Therapie mit Opfern. Täter z.B. von Sexualstraftaten kommen kaum freiwillig zu einer Therapie. Ein subjektiver Leidensdruck besteht bei Sexualstraftätern in der Regel nicht. Auch verhindern Schamgefühle, sich einer fremden Person gegenüber zu öffnen.

Wenn es zu Therapieversuchen kommt, dann meist nur im Strafvollzug, in der forensischen Psychiatrie oder als Auflage bei Drogendelikten, wenn nach dem Prinzip „Therapie statt Strafe“ geurteilt wird. Die Bereitschaft und die entsprechenden Bedingungen für eine Therapie zu schaffen, gehört daher zu einer Hauptaufgabe der Therapeuten. Therapie bei Sexualstraftätern orientiert sich am Ziel, einen Rückfall in das verbotene Verhalten zu verhindern. Dazu ist es notwendig, dass sich der Täter zunächst sein Deliktsszenario und seine damit verbundenen Gefühle ansieht und es nicht weiter verleugnet, verdrängt, bagatellisiert oder rationalisiert. Erst dann kann es dazu kommen, dass er Verantwortung für sein Tun übernimmt und sie nicht bei anderen oder gar dem Opfer seiner Handlungen deponiert. Der nächste Schritt besteht dann darin, den Täter dazu zu bringen, die eigene kindlich-egozentrische Perspektive aufzugeben und auch die Gefühle seines Opfers/seiner Opfer wahrzunehmen. Oft müssen v.a. pädokrimine Sexualstraftäter lernen, kindliche Sexualität als völlig unterschieden von der Erwachsenen-Sexualität wahrzunehmen. Häufig wird hier mit der Vorstellung argumentiert, das Kind habe sexuelle Bedürfnisse und verlange sogar deren Befriedigung vom Erwachsenen und verführe ihn zu sexuellen Handlungen. Da Täter in ihrer seelischen Entwicklung selbst oft eher Kindern gleichen, müssen sie lernen, auf der sozialen Ebene nachzureifen und sich ein entsprechendes Verhaltensrepertoire im Umgang mit anderen Menschen anzueignen, vor allem wenn es zu Spannungen und drohenden Grenzüberschreitungen kommt.

Werden Sexualstraftäter nicht therapeutisch behandelt, kommt es mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Wiederholung ihrer Taten. Therapien können die Rückfallgefahr erheblich verringern.

Medikamente?- Drogenkonsum und Medikamentenmissbrauch ist bei Menschen ohne eine sichere Bindung an ihre Eltern ein häufiges Merkmal. Es bedeutet daher, eher noch Öl auf das Feuer zu gießen, wenn man ihnen zur „Behandlung“ ihrer Symptome auch noch weitere Drogen auf Rezept verordnet. Ein Bindungstrauma kann mit Medikamenten jedenfalls nicht geheilt werden.

6 Soziale Arbeit mit Opfern und Tätern bei Bindungstraumen

Klienten mit BPS.- Menschen mit den Symptomen einer Persönlichkeitsstörung begeben sich von selbst eher selten in psychotherapeutische Behandlung. Wenn sie in ihrem Leben scheitern, geraten sie über die Strukturen sozialer Kontrolle häufig zuerst an Sozialarbeiter. Entsprechend ihres inneren Gespaltenseins und ihrer hohen inneren Anspannung verhalten sich Menschen, die Bindungstraumen erfahren haben, auch ambivalent im Kontakt mit Personen und Institutionen, die ihnen psychosoziale Hilfen anbieten können. Sie wissen und spüren einerseits, dass sie fremde Hilfe brauchen, andererseits sehen sie andere Menschen auch schnell als Gegner und Bedrohung und haben wenig Vertrauen in sie. Durch ihr Verhalten ziehen sie häufig die Aufmerksamkeit der Institutionen sozialer Kontrolle auf sich (ASD, Jugendhilfe, Drogenhilfe). Solche Institutionen versuchen diesen Menschen neben administrativen Maßnahmen auch Hilfen anzubieten, werden aber leicht in die Dynamik des Trauma-Überlebensmechanismus verstrickt. Wenn in Institutionen der sozialen Arbeit

- Klienten Abwehrverhalten hervorrufen,
 - wenn ein Sozialpädagoge z.B. meint, sich für einen Klienten immer noch mehr engagieren zu müssen, immer noch eine zusätzliche Maßnahme ergreifen oder für den Klienten (und seine Familie) immer noch eine Maßnahme organisieren zu müssen,
 - wenn innerhalb eines Teams große Meinungsverschiedenheiten entstehen, weil die einen den Klienten als hoffnungslosen Fall abschreiben, die anderen aber voller Zuversicht sind,
- dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass es sich bei dem Klienten um einen Menschen mit der Hintergrunddynamik eines Bindungstraumas handelt. Verena Pokorny (1998) z.B. hat in ihrer Diplomarbeit am Beispiel einer Klientin eindrucksvoll aufgezeigt, wie über Jahre hinweg ver-

schiedene Organisationen der sozialen Arbeit sich vergeblich bemühten, immer mehr Hilfe- und Kontrollsysteme um die Klientin und ihre Familie herum aufzubauen, ohne jedoch etwas Wesentliches erreichen zu können. Auf die Dynamik der Spaltung von sog. Helfersystemen im Umgang mit Klienten weist Imber-Black (1994) ausführlich hin.

Um Verstrickungen eines Sozialpädagogen, eine Spaltung von Teams oder eine Konkurrenz verschiedener Hilfeinstitutionen zu verhindern, sind im Falle von Bindungstrauma-Klienten klärende Teamgespräche und Supervisionen besonders wichtig. Es ist wichtig, dass alle Beteiligten wissen, wie sich solchen Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen gegenüber verhalten müssen, um einerseits hilfreich wirken zu können und sich andererseits selbst vor einer Verstrickung in das nicht bewältigte Bindungstrauma zu schützen.

Das therapeutische Prinzip, dem Klienten klare Grenzen zu setzen, ihm gegenüber mit offenen Karten zu spielen und hinter all seinen wirren Verhaltensweisen die Not des enttäuschten und innerlich einsamen Kindes zu sehen, hat meines Erachtens auch für die Praxis der Sozialen Arbeit große Bedeutung. Der Klient/die Klientin sollte, so gut es geht, zu einer Therapie motiviert werden und zu einem geeigneten Therapeuten bzw. in eine stationäre Behandlung vermittelt werden. In Heimen, Wohngemeinschaften im Strafvollzug oder in der forensischen Psychiatrie müssen Sozialpädagogen aber auch in der Lage sein, den Alltag mit Menschen zu gestalten, die eine Borderline-Persönlichkeitsstruktur aufweisen bzw., wie ich lieber sage, Bindungstraumen erlebt haben (Beier, 2002). Sie müssen insbesondere darauf vorbereitet sein, dass die Opfer häufig selbst zu Tätern werden und das Gewissen wegen mangelnder Bindung an die Herkunftsfamilie und die eigenen Eltern nicht im normalen Sinne funktioniert.

Vorgesetzte und Kollegen mit Bindungstrauma-Erfahrungen.- Aus meiner Supervisionstätigkeit weiß ich, dass es auch in Abteilungen und Arbeitsteams Vorgesetzte und/oder Kollegen mit den Symptomen einer Borderline-Struktur gibt. Diese sorgen dann für erhebliche Spannungen und Konflikte. Auch in solchen Fällen erkennt man dies u.a. an einer Spaltung innerhalb eines Teams oder einer Abteilung. Eine Teamsupervision kann dann nur erfolgreich sein, wenn es gelingt, das grundlegende Problem zur Sprache zu bringen. Allerdings ist es schwierig, einen Vorgesetzten zur Einsicht zu bringen, der sein in der Kindheit erlebtes Bindungstrauma in seiner beruflichen Situation reinszeniert. Für Mitarbeiter ist es in solchen Fällen für den Schutz der eigenen Gesundheit oft besser, die Stelle zu wechseln (Ruppert, 2001).

7 Fazit

Das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist historisch innerhalb eines psychiatrischen und psychoanalytischen Theorierahmens entstanden. Es stellt den Versuch dar, eine Vielzahl unterschiedlicher und z.T. sehr problematischer Symptome auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen. Wie oft in der Psychiatrie und klinischen Psychologie stellt sich aber auch bei dieser Diagnose die Frage nach dem richtigen Verhältnis von Ursache und Wirkung. Die BPS als eine „Krankheit“ zu beschreiben, die sich in unterschiedlichen Symptomen mehr oder weniger intensiv ihren Ausdruck sucht, verkürzt ein soziales Geschehen und stellt die wirklichen Abläufe gewissermaßen auf den Kopf. Folgen werden zu einer Ursache verdreht, insbesondere dann, wenn auch noch angenommen wird, die BPS-„Krankheit“ sei das Ergebnis genetischer Dispositionen.

Demgegenüber scheint es wesentlich sinnvoller zu sein, die vielfältigen Symptome der Ab- und Aufspaltung, der Identitäts- und Beziehungsstörungen auf konkrete Situationen zurückzuführen, in denen ein Mensch, meist schon als Kind, traumatisiert wurde. Diese Symptome werden dann als Notfallreaktionen von Psyche und Seele eines traumatisierten Menschen verstehbar und verlieren dadurch ihre rätselhafte Aura. Die besondere Art des Traumas besteht bei den Symptomen, die in der Diagnostik BPS als Kernsymptome genannt werden (innere Leere,

unkontrollierbare Impulse) meines Erachtens darin, dass ein Kind sich an seine Mutter nicht emotional binden und auch zu seinem Vater keine tragfähige Bindungsbeziehung aufbauen konnte.

Innerhalb des Konzeptrahmens einer systemischen Psychotraumatologie besteht dann auch keine Notwendigkeit, unterschiedlichen Symptome auf eine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu beziehen. Vielmehr ergibt sich dadurch die Möglichkeit, dem individuellen Fall in seiner Eigenheit gerecht zu werden. Treten dann z.B. zu den Abspaltungssymptomen, die ein Bindungstrauma mit sich bringt, z.B. auch noch Suizid- oder Wahnvorstellungen hinzu, so lassen sich deren Ursprünge ebenfalls im konkreten Bindungssystem eines Patienten/Klienten ermitteln und als Verlust- oder Bindungssystemtraumen identifizieren (vgl. Ruppert, 2002).

Literatur:

- Badinter, E. (1993). XY. Die Identität des Mannes. München: Piper.
- Bauer, J. (2002). Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Frankfurt/M.: Eichborn.
- Beier, S. (2002). Der Alltag mit Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Sozialpädagogische Handlungsmöglichkeiten aus systemischer Sicht. Diplomarbeit: Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- Biddulph, S. (1996). Männer auf der Suche. Sieben Schritte zur Befreiung. München: Beust Verlag.
- Bruch, H. (1986). Der goldene Käfig. Frankfurt/M.: Fischer.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (1998). Leben nach dem Trauma. München: Pfeiffer Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10. Bern: Huber Verlag.
- Dulz, B. (2000). Über die Aktualität der Verführungstheorie. In Kernberg, O., B. Dulz und U. Sachsse (Hg.) (2000). Handbuch der Borderline-Störungen. (S. 11 – 25). Stuttgart: Schattauer.
- Eckert, J. (1998). Klientenzentrierte Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychotherapeuten Forum, 5, 5-8.
- Egle, U., Hoffman, S. & Joraschky, P. (Hg.) (1997). Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Stuttgart: Schattauer.
- Fest, J. (2001). Hitler. Eine Biographie. München: Econ, Ullstein, List Verlag
- Fiedler, P. (1994). Persönlichkeitsstörungen. In H. Reinecker (Hg.), Lehrbuch der Klinischen Psychologie, (S. 219 – 266), Göttingen: Hogrefe.
- Freyberger, H. J. & Dilling, H. (1993) (Hg.). Fallbuch Psychiatrie. Bern: Huber.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (1994). Magersucht. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (Hg.) (1995). Therapie der Magersucht und Bulimie. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Hellinger, B. (2000). Wo Ohnmacht Frieden stiftet. Familienstellen und Kurztherapien mit Opfern von Trauma, Schicksal und Schuld. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Huber, M. (1998). Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Frankfurt/M.: Fischer.
- Imber-Black, E. (1994). Familien und größere Systeme. Heidelberg: Carl Auer.
- Keen, S. (1993). Feuer im Bauch. Über das Mann-Sein. BergischGladbach: Gustav Lübbe.
- Kernberg, O. (1978). Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kernberg, O. (1993). Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten. Bern: Huber.

- Kernberg, O. (2000). Persönlichkeitsentwicklung und Trauma – theoretische und therapeutische Anmerkungen. In Kernberg, O., B. Dulz und U. Sachsse (Hg.) (2000). Handbuch der Borderline-Störungen. (S. 525 – 536). Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, O. (2000). Die übertragungsfokussierte Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In Kernberg, O., B. Dulz und U. Sachsse (Hg.) (2000). Handbuch der Borderline-Störungen. (S. 447 – 460). Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, O., Dulz, B. & Sachsse, U. (Hg.) (2000). Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer.
- Keupp, H. (2001). Identität. In Otto, H.-U. und H. Thiersch (Hg.), Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. (S. 804 – 810). Neuwied: Luchterhand.
- Manfield, P. (2000). EMDR. Innovative EMDR-Ansätze. Paderborn: Junfermann.
- Metzdorf, M. (2001). Sozialpädagogischer Umgang mit sexuell missbrauchten BewohnerInnen in einer betreuten Kinder- und Jugendwohngruppe. Diplomarbeit im Fachbereich Soziale Arbeit an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München.
- Miller, A. (1981). Am Anfang war Erziehung. Frankfurt/M.: suhrkamp.
- Pokorny, V. (1998). Kinder- und Jugendhilfe im Spannungsfeld zwischen Freiwilligkeit und Zwang. Analyse eines Fallbeispiels unter beziehungs-dynamischen Aspekten. Diplomarbeit: Katholische Stiftungsfachhochschule München.
- Reich, W. (1973). Charakteranalyse. Frankfurt/M.: Fischer.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (2000). Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Kernberg, O., B. Dulz und U. Sachsse (Hg.) (2000). Handbuch der Borderline-Störungen. (S. 555 – 571). Stuttgart: Schattauer.
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Rehder, U. & Meilinger, H.-G. (1997). Sexueller Missbrauch – Straftat und inhaftierte Täter. Krimpäd, 37, S. 31 – 44.
- Rhode-Dachser, c. (1989). Das Borderline-Syndrom. Bern: Huber.
- Rhode-Dachser, C. (1994). Im Schatten des Kirschbaums. Psychoanalytische Dialoge. Bern: Huber.
- Ruppert, F. (2001). Bleiben oder weiterkämpfen? Diskriminierung und Mobbing in einer Behörde. Praxis der Systemaufstellung, 1, S. 39 – 41.
- Ruppert, F. (2002). Verwirrte Seelen. Der verborgene Sinn von Psychosen. Grundzüge einer systemischen Psychotraumatologie. München: Kösel.
- Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (1998). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Schmieder, H. (2002). Die Mädchen des Pfarrers. Sexueller Missbrauch in der kirchlichen Jugendarbeit. München: Frauenoffensive.
- Schneider, W. (1993). Zerstörung als Ausweg. In Freyberger, H. & Dilling, H. (Hg.), Fallbuch Psychiatrie. Kasuistiken zum Kapitel V(F) der ICD-10. Bern: Huber.
- Shapiro, F. & Forrest, M. S. (1998). EMDR in Aktion. Die Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann.
- Stauss, K. (1993). Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom. Stationäre Behandlung nach den Methoden der Transaktionsanalyse – das Grönenbacher Modell. Paderborn: Junfermann.
- Stone, M. H. (2000). Entwickelt sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung zu einem Massenphänomen? In Kernberg, O., B. Dulz und U. Sachsse (Hg.) (2000). Handbuch der Borderline-Störungen. (S. 3 – 9). Stuttgart: Schattauer.
- Votsmeier, A. (1998). Stationäre Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Psychotherapeuten Forum, 5, 9-12.
- Wardetzki, B. (1996). „Iß doch endlich mal normal!“ München: Kösel.

Weber, G. (Hg.) (1995). Zweierlei Glück. Die systemische Psychotherapie Bert Hellingers. Heidelberg: Carl Auer.